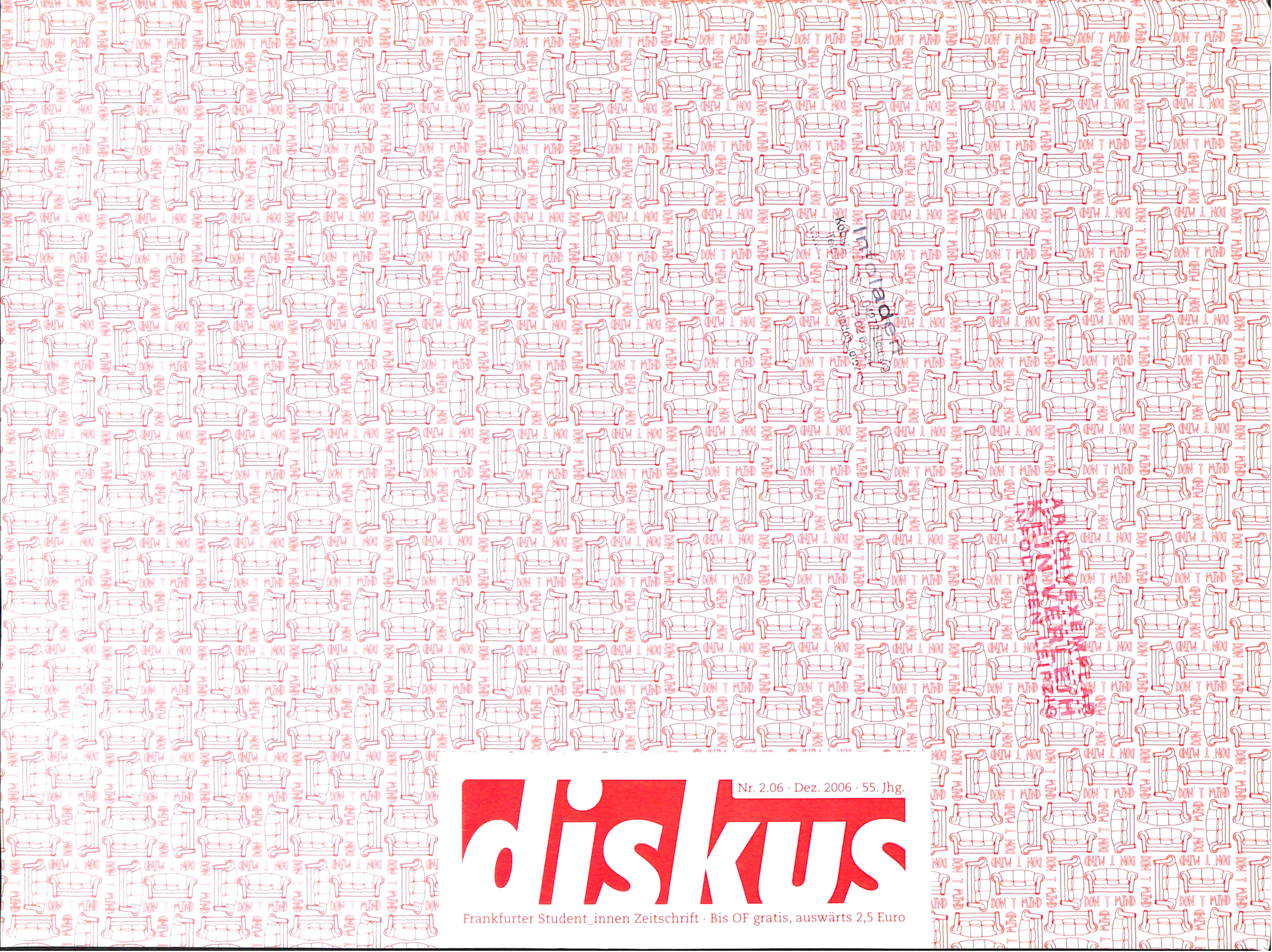


ARCHIVEXEMPLAR
KEIN VERLEIH
INFOLADEN LEIPZIG

Infoladen

diskus

Nr. 2.06 · Dez. 2006 · 55. Jhg.

Frankfurter Student_innen Zeitschrift · Bis OF gratis, auswärts 2,5 Euro

editorial 3

think different 5
Kleines Toolkit zur Kritik der Normalität

» ... « 12
no. 1

Design your self 13
Über Psychopharmaka und die Inszenierbarkeit des Lebens

» ... « 19
no. 2

Geschichte(n) der Psychiatriekritik 20

» ... « 26
no. 3

Ticks und Trips 27

Themenläden 34
diskus hat freund_innen nach ihren therapie-erfahrungen gefragt

Das gute Leben und die Psychotherapie 39

» ... « 46
no. 4

Good Mourning 47
Über die Bedeutung von Verlust und Trauerarbeit für eine emanzipatorische Politik

» ... « 53
no. 5

Eine Einführung in die Sozialisationstheorie mit Prof. Dr. Ulrich Oevermann 54

impressum 59

editorial

»Das individuelle Leben ist eine serialisierte kapitalistische Minikrise, ein Desaster, das Deinen Namen trägt.«
Brian Massumi

Auch wenn wir morgens nicht traurig aufwachen, weil wir vom Kapitalismus oder der ausbleibenden Revolution geträumt haben, sondern von unseren Müttern, beendeten Beziehungen, bevorstehenden Uni-Prüfungen oder dem zeitraubenden Nebenjob, vermuten wir da mit Massumi einen Zusammenhang. In diesem Heft wollen wir ein paar der Verbindungslinien zwischen gesellschaftlichen Verhältnissen, individuellem Befinden und Psychopolitiken ausfindig machen. Psychopolitiken versuchen wir daher auf alltagspraktischen und gesellschaftspolitischen Ebenen zu verhandeln und dabei realpolitische Forderungen und Auseinandersetzungen mit einzubeziehen.

Den Anlass zu diesem Heft gab ein Abend zu der Frage nach dem Verhältnis von Psychotherapie und einem »guten Leben«, welcher im Rahmen einer Veranstaltungsreihe über das gute Leben der Frankfurter Gruppe *DemoPunk* im Herbst 2006 stattfand. Die Frage nach dem guten Leben richtet wie dieses Heft den Fokus auf die Versuche, sich Freiräume und Möglichkeiten im Hier und Jetzt anzueignen, ohne dabei Normierungprozesse und Verstrickungen mit der so genannten »Gesamtscheiße« im Kapitalismus negieren zu wollen. Die Erkenntnis, dass das eigene individuelle Leben eine serialisierte kapitalistische Minikrise ist, setzt die Dringlichkeit, Leiden zu mildern, nicht außer Kraft.

Diese Spannung wird noch einmal verkompliziert durch die wachsende Bedeutung der Psyche als Herrschaftsinstrument. Denn während Adorno die Auswirkungen der verdinglichten Welt auf das Individuum in den 1940er Jahren in dem Prototypen des »autoritären Charakters« ausmachte, der jede Form von Introspektion ablehnt, legen sich die Leute inzwischen äußerst bereitwillig auf die Couch – sei es zur Analyse, sei es um ein Selbstmanagement-Buch zu lesen. Hat sich die Art, wie sich kapitalistische Herrschaftsverhältnisse in der Psyche niederschlagen, verändert?

Depressionen können mittlerweile als Massenphänomen bezeichnet werden, immer mehr Psychopharmaka werden verschrieben, Einweisungen in Psychiatrien nehmen immer noch unverkennbar zu. Der Anteil psychischer Erkrankungen an den Krankheitstagen hat sich seit 1990 verdoppelt. Dies verweist einerseits auf das Leiden der Subjekte, zeigt aber auch, dass es legitimer geworden ist aufgrund von psychischen Problemen zeitweise aus dem Produktionsprozess auszusteigen und nicht mehr das Magengeschwür als Diagnose herhalten muss. Gleichzeitig führt dies zu einer Ausweitung des Imperativs, sich heilen, therapieren und normieren zu lassen. Die gesellschaftliche Anerkennung von (psychischen) Krankheiten bei so genannten »Normalen« verbindet sich mit der Erwartung, dass die Betroffenen gefälligst ihr Bestmöglichstes tun, um wieder gesund, sprich: leistungsfähig zu werden.

Die Analyse veränderter Arbeitsverhältnisse zeigt, dass mittlerweile subjektive und somit auch psychische Faktoren planmäßig in den Arbeitsprozess integriert werden und nicht mehr in fordistischer Manier aus genau diesem systematisch ausgeklammert werden. Wobei es dabei wiederum sehr heterogene Klassenpositionen gibt, aus denen heraus die Subjekte unterschiedlich mit den neuen Anforderungen konfrontiert werden; spiegelbildlich dazu hängen die psychotherapeutischen Methoden, mit denen eine eher und wahrscheinlicher in Berührung kommt, vom jeweiligen Bildungsgrad und der Zugehörigkeit zu einer Klasse ab.

Die Überlastung der Subjekte, die sich in Stress- und Überlastungssymptomen ausdrückt, geht einher mit der strikten Forderung, sich mit den eigenen Überforderungen auseinanderzusetzen, um diese zu erkennen, zu bearbeiten und die zuvor unproduktiv gebundene Energie durch ein neues, stabileres, sensibleres Selbst wieder produktiv einzubringen. Dass immer mehr Kinder mit ADHS diagnostiziert werden, dass selbst das Sigmund Freud-Institut besondere Konzepte zur Psychoanalyse von Managern entwickelt, verweist auf den zunehmend individualisierten Leistungsdruck und die Psychologisierung des Scheiterns daran im Postfordismus.

Führt die Psychologisierung der Gesellschaft zu einer Müdigkeit, man selbst sein zu müssen? Die Paradoxie des modernen Kapitalismus beinhaltet den verstärkten Zwang zur Selbstreflexion sowie den Zwang, Leistung zu erbringen – und zwar bereits im Kindergarten (sonst: Ritalin!). Dabei wird der Wunsch, »man selbst zu sein«, zu einer Anforderung, die sich nahezu ohne Brüche in die postfordistischen Appelle an Eigenverantwortung – auch für die Gestaltung des eigenen Lebens – eingliedern lässt.

Andererseits eröffnet die Einsicht in die Gesellschaftlichkeit des Selbst die Chance, neue Identitäten zu kreieren und die Kenntnis der eigenen psychischen Struktur die Möglichkeit, Leiden zu be- und verarbeiten.

In welchen Parametern, so fragen wir in diesem Heft, kann sich vor diesem Hintergrund Selbstverwirklichung überhaupt noch denken lassen und was passiert, wenn eine an diesem Selbst scheitert?

In der Vorbereitung dieses Heftes haben wir uns gefragt, wie derzeit die Linke mit diesen Paradoxien und veränderten Anforderungen umgeht. Es wurde deutlich, dass Debatten um Psychopolitiken zwar vereinzelt stattfinden, diese Diskussionen aber oft

zersplittert und fragmentarisch sind. Zwar tauchen Fragen der Psyche bei der Analyse der »Subjektivierung von Arbeit« auf, sind bei den psychiatriekritisch arbeitenden Gruppen Thema oder werden unter dem Fokus von Normierung und Devianz behandelt, sie finden aber weniger als politisierte, öffentliche Auseinandersetzungen von »privatem« Leiden ihren Ausdruck, genauso wenig wie kollektive Umgangsformen damit präsent sind.

Wie steht's um »Psychos«, Freundschaften, Psychiatriekritik, den Umgang mit Neuro(e)s-chen, »Schizos«, Macken, Ticks, Depressionen, Traurigkeiten, dem Leiden an Kapitalismus, Melancholie, Selbstmitleid, Überforderungen, Normierungen etc. in der »Linken« angesichts von allgemeiner Verunsicherung und der Zunahme psychischer Leiden? In welchem Verhältnis steht die Psychiatriekritik zur Praxis von Freund_innen, den Besuch bei einer Therapeut_in anzuraten? Wie steht es mit Magenverstimmungen, die durch das Ausbleiben der Revolution verursacht werden? Gibt es den Trend zur »Eigenverantwortlichkeit« in der Linken auch?

Bei dem Versuch, eine Spur durch die verschiedene Ebenen der Psychopolitiken zu freizulegen, haben wir versucht, das eigene Leiden »produktiv zu machen« und nach emanzipatorischen Elementen in der Auseinandersetzung mit politischem Scheitern und Verlusten zu fragen. In den Rubriken »Themenläden« und »Ticks und Trips« soll die Frage von Psychopolitiken auf alltagspraktischer Ebene verhandelt werden.

Auch wenn unsere Allmachtsphantasien dem entgegen stehen, gibt es ein paar thematische Leerstellen im Heft. Für einen Text zu Psychoanalyse als Gesellschaftskritik hat keine Autorin »Hier!« geschrieen. Auch schlägt sich unsere Auseinandersetzung mit feministischen Kritiken an der Psychoanalyse in keinem eigenständigen Artikel nieder. Nichts desto trotz findet sich das Thema Geschlecht und das der geschlechtsspezifischen Zuschreibungen von psychischen Krankheiten, sowie tatsächlich auch geschlechtsspezifische Ausprägungen psychischer Leiden in den Erfahrungsberichten und alltagsnahen Texten wieder. Eine weitere Leerstelle im Heft dagegen verweist auf eine theoretische Lücke: die klassistisch durchdrungene Diskussion um psychisches Leid und dessen Therapierbarkeit.

Der Besuch auf der Couch des *diskus*-Redaktionsraumes brachte aber auch einiges verdrängtes Wissen der Linken zurück ins Bewusstsein. Die Auseinandersetzung mit den Positionen der antipsychiatrischen Bewegungen in den 1970ern und 1980ern sowie das Verhältnis von Gesellschaft und Wahnsinn sind weitere Schwerpunkte des Heftes.

Couches sind im Übrigen nicht nur wichtiger Bestandteil der Psychoanalyse, sondern auch der *diskus*-Lektüre.

Don´t mind the *diskus!*

die red.

b_books

verlag, buchladen, montagsPraxis, videos ...
www.bbooks.de/verlag · verlag@bbooks.de
lübbener str. 14 · 10997 berlin
tel 030-611 7844 · fax -618 5810

Jacques Rancière · Reihe Polypen
Die Aufteilung des Sinnlichen
Die Politik der Kunst und ihre Paradoxien
2006 · 100 S. · 10 € · ISBN 3-933557-67-4

Sabeth Buchmann · Reihe polypen
Denken gegen das Denken
Produktion, Technologie, Subjektivität
bei Sol LeWitt, Hélio Oiticica und Yvonne Rainer
2007 i. E. · ca. 400 S. · ca. 32 € · ISBN 3-933557-60-7

Helmut Draxler · Reihe polypen
Die Gewalt des Zusammenhangs
Raum, Referenz und Repräsentation bei Fareed Armaly
2007 i. E. · ca. 184 S. · deutsch / english

Helmut Draxler · Reihe polypen
Gefährliche Substanzen
Zum Verhältnis von Kritik und Kunst
Sommer 2007 · ca. 200 S.

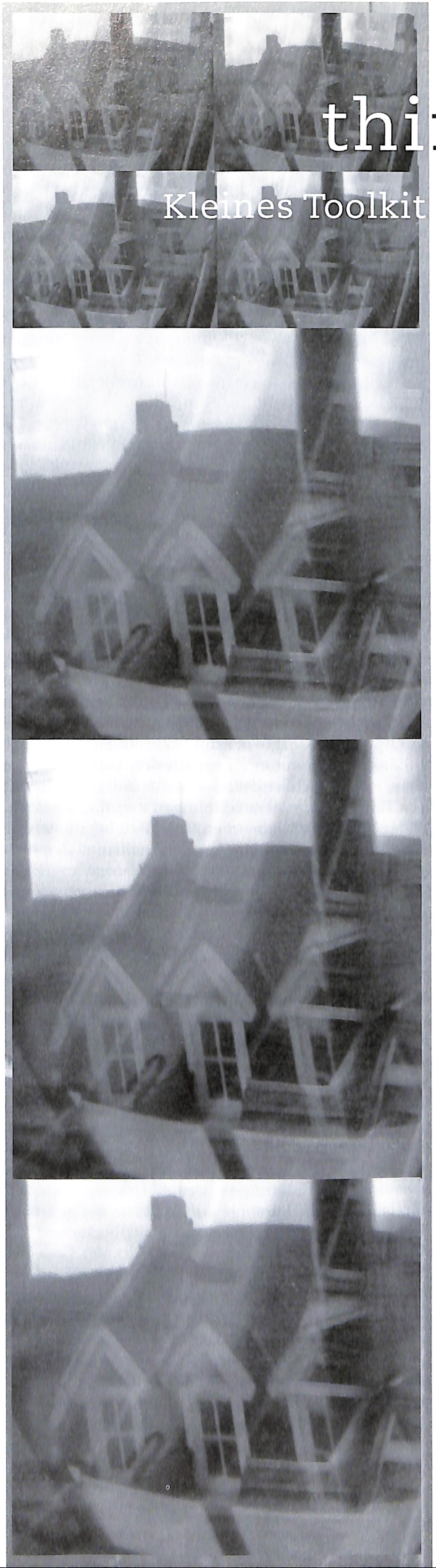
Sandra Schäfer, Jochen Becker, Madeleine Bernstorff (Hg.)
metroZones 6
Kabul / Teheran 1979 ff.
Filmlandschaften, Städte unter Stress und Migration
2006 · 400 S. · 16 € · ISBN 3-933557-55-0

Axel Doßmann, Jan Wenzel, Kai Wenzel (Hg.) · metroZones 7
Architektur auf Zeit
Baracken, Pavillons, Container
2006 · 244 S. · 14 € · ISBN 3-933557-66-6

Ulrike Müller (Hg.) · oe~ critical readers in visual culture #8
Work The Room
A Handbook of Performance Strategies /
Ein Handbuch zu Performancestrategien
2006 · 300 p. · english · 16 € · ISBN 3-933557-70-4

DresdenPostplatz (Hg.)
DresdenPostplatz
So weit war ich mit meinen Gedanken gekommen,
als plötzlich der Frühling hereinbrach
2007 · ca. 29 € · ISBN 3-933557-62-3

Renate Lorenz (Hg.)
Normal Love. precarious sex, precarious work
Katalog zur Ausstellung / exhibition catalog
Künstlerhaus Bethanien, Berlin 2007
2007 · 136 S. · deutsch / english · 14 € · ISBN 3-933557-71-2



think different

Kleines Toolkit zur Kritik der Normalität

Rund 20000 Menschen werden allein in Nordrhein-Westfalen jedes Jahr gegen ihren Willen in die Psychiatrie eingewiesen, etwa zehn Prozent der bundesdeutschen Bevölkerung begibt sich jährlich wegen einer »psychischen Störung« in ärztliche Behandlung und mehr als ein halbes Prozent wird jährlich in psychiatrische Krankenhäuser aufgenommen.[1] Angesichts dieser Ausmaße ist es verblüffend, wie wenig die Psychiatrie als eins der größten Einschließungsmilieus der bürgerlichen Gesellschaft, aber auch die alltäglichen medizinischen Disziplinierungs- und Normierungspraktiken, einer öffentlichen Kritik ausgesetzt ist. Weil es in Deutschland, anders als in anderen Ländern, keine relevante antipsychiatrische Bewegung gibt, scheint die medizinische Legitimität der Psychiatrie unangreifbar zu sein und das, obwohl in Psychiatrien täglich gravierende Menschenrechtsverstöße begangen werden. Auch die Linke nimmt sich des Themas kaum an, der Umgang mit psychischer Devianz im eigenen Kontext wird daher meist als »privat« angesehen und muss so von den Einzelnen individuell gemanagt werden – oft genug mit dem Ergebnis, aufgrund von Überforderung und Ausweglosigkeit die staatlichen Zwangsinstitutionen zur Hilfe rufen zu müssen.

Die Voraussetzung, an dieser Situation etwas zu ändern, ist die Analyse des Verhältnisses von Wahnsinn und Normalität – denn psychiatrische Praxis erhält ihre gesamte Legitimität aus der Annahme, dass es »Geisteskrankheiten« gibt und dass sie sich wie andere körperliche Krankheiten medizinisch behandeln lassen. Einige verschiedene – konkurrierende, sich ergänzende – Werkzeuge zur Hinterfragung der Normalität sollen hier vorgestellt werden.

Erstes Tool // Wasserwaage [Genealogie]

Genealogische Studien zeigen auf, dass es sich bei den untersuchten Objekten nicht um transkulturelle oder transhistorische Phänomene handelt und bei der Wissenschaft dieser Phänomene nicht um den letzten Stand einer fortlaufenden Annäherung an eine Wahrheit. Indem die Genealogie das hegemoniale Wissensregime subvertiert, denaturalisiert sie gesellschaftliche Verhältnisse und bringt so andere Wahrheiten jenseits der reduktionistischen Geschichtsschreibung zum Sprechen.

Am 27. März 1790 schaffte die konstituierende Versammlung der französischen Republik den »lettre de cachet« ab: die Befugnis des Königs, durch einfachen Erlass auffällig gewordene Personen einzusperren, zu entmündigen und ihr Vermögen zu konfiszieren. Die Geburtsstunde der bürgerlichen Gesellschaft ist zugleich die Geburtsstunde eines neuen Bildes von Wahnsinn

und, darauf aufbauend, der psychiatrischen Institutionen. »Bis zum 18. Jahrhundert«, schreibt Michel Foucault, »wurden Irre nicht systematisch eingesperrt; und der Wahnsinn galt im wesentlichen als eine Form von Irrtum oder Täuschung« (Foucault 1995: 492). In der bürgerlichen Gesellschaft hingegen sind für das Konstrukt der Geisteskrankheit vor allem zwei spezifische Merkmale charakteristisch: erstens die systematische Internierung der Wahnsinnigen und zweitens die Medizinisierung des Wahnsinns. Foucault weist in seinem Werk »Wahnsinn und Gesellschaft« (Foucault 1984) – einem der wichtigsten Bücher der antipsychiatrischen Bewegung der letzten 30 Jahre – darauf hin, dass die Abschaffung des »lettre de cachet« nicht nur die Befreiung der Unschuldigen und den Sieg des Rechts über die Willkür darstellte, sondern zugleich die Geburtsstunde der modernen psychiatrischen Institutionen und neuer Disziplinartechnologien. Es handelte sich um einen Moment des Übergangs von der Souveränitäts- zur Disziplinargesellschaft: Während die Einsperrung zuvor willkürlich und unsystematisch war, ist sie nun verrechtlicht und höchst differenziert.

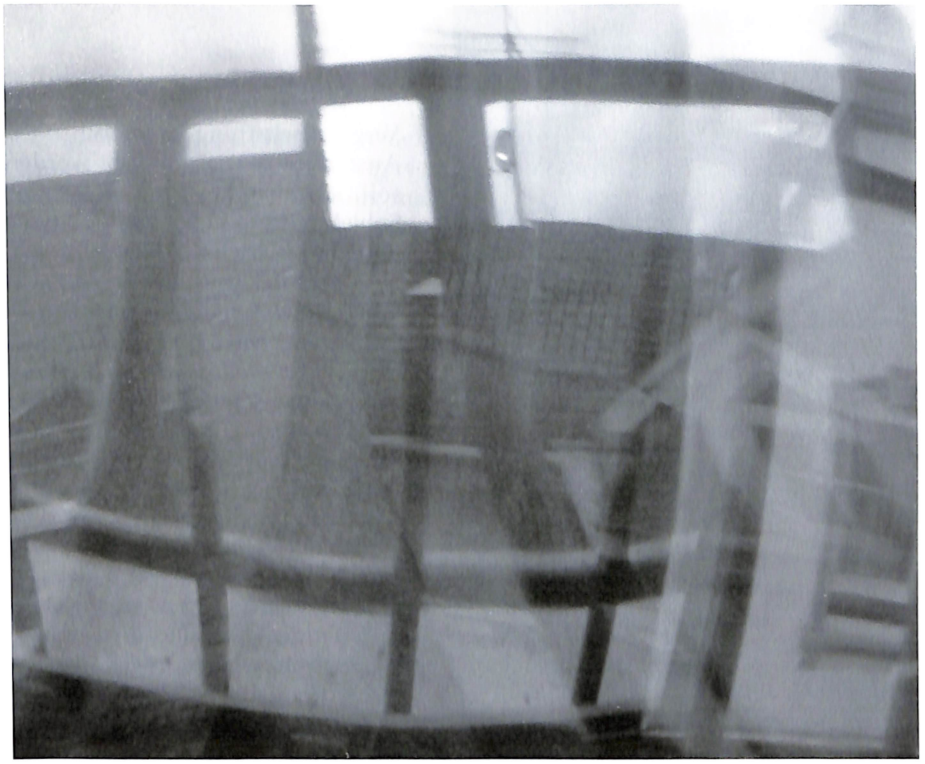
Es ist vor allem der Name Philippe Pinels, mit dem für Foucault diese neue ausgefeilte Klassifikation des Wahnsinns verbunden ist. In einer groß angelegten Reform der Irrenhäuser Anfang des 19. Jahrhunderts befreite der Pariser Hospitaldirektor die Irren von ihren Ketten, separierte sie nach Alter, Geschlecht, Art der Krankheit, entwickelte eine medizinische Taxinomie, begründete also im wesentlichen die moderne psychiatrische Theorie und Praxis. Die Isolierung des Einzelnen und der Bruch mit der äußeren Welt sah er als Voraussetzung für eine bessere medizinische Analyse des Patienten. Die Aufstellung eines genauen Ordnungsplanes für das Leben innerhalb des Irrenhauses ermöglichte die Erzeugung eines Wunschmilieus, eines neuen gesellschaftlichen Universums für den Kranken, das von ihm kreierte Arzt-Patient-Verhältnis setzte zum ersten Mal auf Therapie statt auf Verwahrung. Während in der Monarchie der Wahnsinnige lediglich als Störer der öffentlichen Ordnung auftrat und in Zucht- oder Armenhäuser eingeliefert wurde, findet in Pinels Irrenanstalten zum ersten Mal eine medizinische Diagnose zum Zweck der Therapie statt. Diese Diagnose lehnte sich dabei stark an naturwissenschaftliche Modelle an und bestand zunächst aus reinen Verhaltensbeobachtungen, wie z. B. Erregung, Ausbruch, Liederlichkeit, Maßlosigkeit, Unberechenbarkeit etc., für die der Sitz im Organismus gefunden werden musste – ein Biologismus, der sich auch in der heutigen psychiatrischen Praxis noch einiger Beliebtheit erfreut.

Warum aber war man überhaupt auf die Idee gekommen, Wahnsinn als medizinisches Problem zu begreifen? Robert Castel weist darauf hin, dass die französische Revolution die königliche Souveränität durch eine Gesellschaft ersetzte, die sich als Vertrag von Freien und Gleichen verstand. Die Fähigkeit, »sich seines eigenen Verstandes zu bedienen«, war die *conditio sine qua non* der Revolution, denn nur als autonome Subjekte sind die Menschen überhaupt in der Lage, ihre Geschicke unabhängig von einer göttlichen und also königlichen Ordnung selbst in die Hand zu nehmen. Die Erklärung der Menschenrechte zog darum auch umgehend die Notwendigkeit nach sich zu definieren, wer ein Mensch ist und wer nicht, und im Zeitalter der Aufklärung ist es einzig die Vernunft, die als ein solches Kriterium in Frage kommt. Wer aus diesem Bereich des allgemein Menschlichen ausgeschlossen ist, kann innerhalb der etablierten symbolischen und diskursiven Ordnung keinen Platz mehr finden und ist zu einem nur gespenstischen Leben verurteilt – außerhalb dieser Ordnung.[2]

Der Gesellschaftsvertrag ist auf geschäftsfähige Subjekte angewiesen, andernfalls ist die Republik und jede demokratische Form von Staatlichkeit im Innersten bedroht. Das Problem, das die Wahnsinnigen repräsentierten, lag nicht darin, dass sie unproduktiv und lästig waren, sondern darin, dass sie eine essentielle Bedrohung des Liberalismus und damit des ideologischen Fundaments der entstehenden Gesellschaft darstellten. Castel schreibt: »Die entscheidende Bedeutung, die die Frage des Wahnsinns in dem Moment erhält, als sich die bürgerliche Gesellschaft bildet, beruht zunächst darin, dass sie konkret eine Lücke in der Vertragsordnung enthüllt: der juristische Formalismus kann nicht alles kontrollieren, und es existiert mindestens eine Kategorie von Individuen, die mit anderen Mitteln neutralisiert werden muss als mit denen, über die der juristisch-polizeiliche Apparat verfügt« (Castel 1979: 60f.).

Gleichzeitig war es Anspruch der Aufklärung, im Sinne der Menschlichkeit, des Rechts und der Vernunft den Kranken von dem Schuldigen zu unterscheiden. Wahnsinn als medizinischen Defekt zu begreifen war die einzige Möglichkeit, den Rationalismus der Aufklärung zu verteidigen, ohne den Wahnsinnigen als Verbrecher zu betrachten: Denn der Wahnsinn ist keine Straftat. Der Wahnsinnige galt damit zugleich als gefährlich und als erbarmungswürdig. Gefährlich, weil er sich deutlich einer jeden sozialen Ordnung widersetzt, weil er offenbar unfähig ist, die Anforderungen einer sich als liberal verstehenden Gesellschaft zu erfüllen; seine Abweichung ist uneinholbar für die Rationalität der Sanktion. Indem er die philosophischen Grundlagen des Liberalismus, das Konzept der Vernunft, dementiert, beunruhigt der Wahnsinnige immer wieder aufs Neue die gemeinschaftliche Ordnung. Erbarmungswürdig war der Wahnsinnige, weil er das Kostbarste des Menschen, die Vernunft, verloren hat. Weil der Wahnsinnige sich den juridischen Kategorisierungen der Vertragsgesellschaft entzieht, tritt die Fürsorge auf den Plan, die juristisch ihren Ausdruck in der Vormundschaftsbeziehung findet. »Das Mitleid bezeichnet den Platz des Gesetzes dort, wo das Gesetz nicht in seiner eigentlichen Form auftreten kann. Es ist das Analogon des Gesetzes, seine Metapher, sein Supplement. Sein Supplement und sein Substitut« (ebd.: 53). Es ist diese paternalistische Fürsorge, mit der eine neue Krankenhaustechnologie einhergeht: die Erfindung der Irrenanstalt.

Das Bild des Wahnsinnigen unterliegt einem Wandel, der nicht durch einen Erkenntnisfortschritt der psychiatrischen Forschung zu erklären, sondern ge-



sellschaftlich vermittelt ist. Dass die Definition dessen, was abweichend ist, sich nicht aus einem universellen Prinzip ableiten lässt, lässt sich durch ethnologische und historische Studien relativ leicht zeigen. Kaum eine Geisteskrankheit wird in allen geschichtlichen Epochen oder in allen kulturellen Milieus diagnostiziert; Verhaltensweisen, die durch Aggressivität oder Sanftmut, durch Respektierung oder Nichtvorhandensein persönlichen Besitzstrebens, durch Teilnahme am Gruppenleben oder Isolation, durch homosexuelle oder heterosexuelle Erotik, durch Orientierung an der empirischen Realität oder der Suche nach halluzinatorischen Erfahrungen gekennzeichnet sind, werden je nach geschichtlichem Stand und kulturellem Umfeld als normal oder abweichend betrachtet und im letzteren Fall mit starkem oder geringem Nachdruck verboten. Wer also als Gefahr aus- und hinter Anstaltsmauern einzuschließen ist, wer als »psychisch defekt« und nicht anpassungsfähig gilt, markiert immer auch die Grenze zu normalen, gesunden oder vernünftigen Verhaltensmustern. Indem sie die Geschichte dieser normalen, gesunden oder vernünftigen Verhaltensmuster erzählt, kann die Genealogie lebenspraktisch eingespielte Praktiken »verrücken«, so dass eine Distanz zur nicht mehr ganz normalen Normalität möglich wird.

Zweites Tool // Kettensäge [Ideologiekritik 1]

Die erste Variante der Ideologiekritik schärft den Blick auf die realpolitischen Strategien von Konzernen und sogar ganzen Industriezweigen. Die Durchsetzung ökonomischer Interessen wird flankiert durch entsprechende Propaganda, Lobbyarbeit, Manipulation und sonstige Strategien der Desinformation.

Skurrilitäten wie die Einweisung in die Nervenklinik aufgrund von Cannabiskonsum, homosexueller Neigung oder anderer sexueller Abweichung sind zwar seltener geworden. Dass es aber noch immer für psychisch krank gehalten wird, einen langen Bart zu tragen oder sich in der psychiatrischen Anstalt Notizen über den Anstaltsalltag zu machen oder Tagebuch zu führen, zeigt besonders deutlich, dass die »medizinische« psychiatrische Beurteilung in Wirklichkeit auf moralischen Werturteilen basiert: Transvestismus, Sadomasochismus oder Fetischismus, aber auch Leistungsunwilligkeit und gar der »Rentenwunsch« haben noch immer ihren festen Platz in psychiatrischen Lehrbüchern (vgl. stellvertretend für den gesamten psychiatrischen Kanon die Standardwerke Dilling 2004 sowie Huber 2005). Besonders auffällig ist aber, wie gefestigt die Hegemonie des Biologismus in der psychiatrischen Praxis ist: Nicht lediglich bei organisch begründbaren Psychosen, also bei durch nachweisbare, körperlich auffindbare Dysfunktionen verursachte psychischen Störungen wird eine medizinische Behandlung, etwa durch Operationen oder Medikamente, empfohlen, sondern auch bei so genannten endogenen Psychosen. Hinzu kommt, dass bei vielen Psychosen eine Erbbedingtheit behauptet wird, und zwar selbst dann, wenn keine unmittelbare körperliche Ursache ausgemacht werden kann, wie etwa bei »bipolaren Störungen« (manisch-depressive Erkrankungen). Therapiert werden solche endogenen Psychosen dementsprechend meistens mit Psychopharmaka und allenfalls einer begleitenden Gesprächstherapie. Weil jedoch bezeichnender Weise gerade bei solchen »bipolaren Störungen« beim Patienten die Einsicht in die Notwendigkeit einer solchen medikamentösen Behandlung fehlt, insbesondere bei manischen Patient_innen, ist hier besonders häufig eine Zwangseinweisung und / oder eine Zwangsmedikation notwendig.

Die europäische Pharmaindustrie verdankt der medikamentösen Behandlung psychischer Störungen jährlich einen Umsatz von zwölf Milliarden Euro (Wittchen 2005) (Zum Vergleich: Die Gesamtkosten für Arzneimittel zur Behandlung von Lungenerkrankungen betragen EU-weit jährlich nur 6,7 Milliarden Euro). Die Antipsychiatriebewegung hat angesichts dieser Zahlen immer wieder in Frage gestellt: Ob tatsächlich eine »objektive« Diagnose die psychiatrische Praxis

bestimmt, oder ob nicht vielmehr umgekehrt die Theorie entwickelt wird als gleichsam nachträgliche Legitimation psychiatrischer Praxis, als Rationalisierung eines Verhaltens, das die Gesellschaft quasi gewohnheitsmäßig und gewinnbringend gegenüber den Wahnsinnigen an den Tag legt.

Drittes Tool // Sichel [Ideologiekritik 2]

Ideologie im Sinne der zweiten Variante der Ideologiekritik allgemein als »gesellschaftlich notwendig falsches Bewusstsein« zu dechiffrieren hilft zu erkennen, inwieweit es sich bei dem untersuchten Phänomen um ein funktionales Erfordernis einer gesellschaftlichen Totalität, namentlich zum Zwecke ihrer Aufrechterhaltung, handelt und dass es folglich mit dieser zerginge.

Wenn, nach dem Marx'schen Diktum, der Mensch das Ensemble seiner gesellschaftlichen Verhältnisse ist, dann heißt das für die Analyse von Wahnsinn und Normalität dreierlei: erstens dass die Normalität des Menschen Ensemble seiner gesellschaftlichen Verhältnisse ist, zweitens dass dieselben Verhältnisse aber immer auch, gleichsam »aus Versehen«, Überschreitungen und Abweichungen produzieren, und drittens dass das Verhältnis der Normalität zur Abweichung, also die Psychologie, ebenfalls Ausdruck einer Täuschung ist.

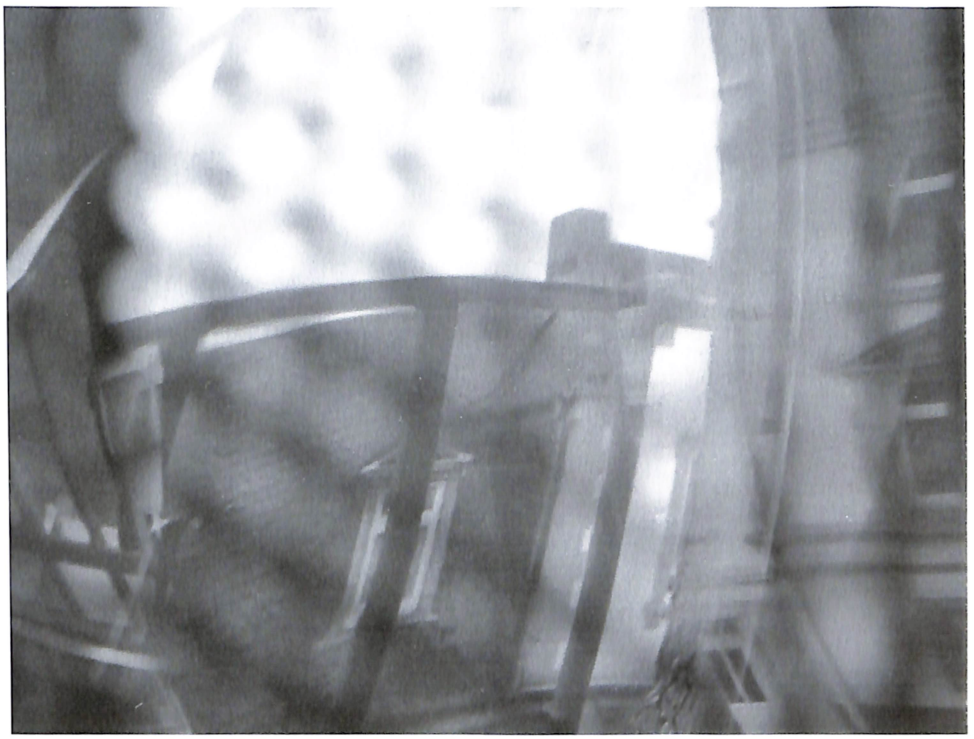
Diese drei Dimensionen wurden von den unterschiedlichen Spielarten der Kritischen Theorie und des Freudomarxismus unterschiedlich ausgedeutet, gemeinsam ist ihnen jedoch das Ziel der Befreiung, das den Leitfaden für das kritische Philosophieren innerhalb des ideologischen Verblendungszusammenhangs abgibt. Wenn eine Überwindung der sozialen Pathologien von Entfremdung und Verdinglichung (und ihrer dem jeweiligen Stand kapitalistischer Vergesellschaftung entsprechenden Ausformungen) ermöglicht werden soll, so muss die Frage nach der Subjektivität gestellt werden, nach der Psyche, nach den Bedürfnissen, nach jener Tiefenstruktur des menschlichen Daseins, die den Menschen an die Knechtschaft bindet. Denn wenn, wie Herbert Marcuse feststellt, die Konterrevolution, die er in Anpassung, Konsum und Aggressivität sieht, »in der Triebstruktur verankert« (Marcuse 1973: 27) ist, dann heißt dies nicht nur, dass Kritik nicht mehr einfach in dem Sinne immanent verfahren kann, indem sie die bürgerlichen Glücksversprechen beim Wort nimmt und ihre materielle Realisierung einfordert, sondern auch, dass jede gesellschaftstransformative Praxis auch eine psychische Dimension enthalten muss, die die gesamte organische Triebstruktur verändert. »Die sogenannte Konsumentenökonomie und die Politik des korporativen Kapitalismus«, schreibt Marcuse, »haben eine zweite Natur des Menschen erzeugt, die sie libidinös und aggressiv an die Warenform bindet« (ebd.: 26). Wenn den Menschen ihre eigene Unterdrückung als Bedürfnis introjiziert ist und damit in einem obszönen Sinne »freiwillig« wird, dann braucht revolutionäre Praxis nicht nur die besseren Argumente oder das bessere Glücksversprechen, sondern auch andere Triebbedürfnisse, »welche den Menschen für Freiheit präformieren könnte[n]« (ebd.: 25).

Die Psychologie kann bei einer solchen emanzipatorischen Veränderung der menschlichen Subjektivität keine sonderlich hilfreiche Rolle spielen, denn sie selbst fungiert gegenwärtig als ideologische Stütze des gesellschaftlichen Gefüges. Wenn im Kapitalismus sich die Geschichte »hinter den Rücken« der Menschen vollzieht, dann ist jede Wissenschaft illusorisch, die von einem Primat des Psychischen, des Ideellen ausgeht. Theodor W. Adorno weist gemäß des materialistischen Verständnisses der Ideologiekritik darauf hin, dass »bei der Erklärung gesellschaftlicher Vorgänge und Tendenzen die Gesellschaft, und die mit ihr befassten Wissenschaften Soziologie und Ökonomie, den Vorrang« hat (Adorno 1997: 83). Genau dieser Vorrang der Gesellschaft ist freilich ebenfalls historisch bedingt, er trifft nur zu in Verhältnissen sozialer Heteronomie. Solange aber diese objektive Heteronomie herrscht, solange täuscht sich die Psychotherapie über ihren eigenen Status – und wird somit gewissermaßen selbst zur Krankheit: Sie ist die »Illusion der Ohnmächtigen, ihr Schicksal hinge von ihrer Beschaffenheit ab« (ebd.: 54). Die einzige Therapie, die nicht das Leiden eigentlich verlängert, ist darum die Revolution – und zwar sowohl für den nach herrschendem Maßstab Gesunden ebenso wie für den Kranken. »Insofern wären in der Tat die Neurosen der Form nach aus der

Struktur einer Gesellschaft abzuleiten, in der sie nicht abzuschaffen sind. [...] Indem der Geheilte dem irren Ganzen sich anähnelt, wird er erst recht krank, ohne dass doch der, dem die Heilung misslingt, darum gesünder wäre« (ebd.: 57).

Viertes Tool//Knarre [Dekonstruktion]

Dekonstruktive Interventionen untergraben traditionelle dichotome Hierarchien, indem sie aufzeigen, dass der primäre Begriff ebenfalls von genau den Prädikaten gekennzeichnet ist, die den subordinanten Status des sekundären Begriffs legitimieren sollen. Diese Interventionen beinhalten eine Aufwertung des Sekundären und haben eine Verschiebung und Umkehrung eines hegemonialen Systems von Begrifflichkeiten zum Ergebnis.



Mittlerweile legendär ist das Experiment, mit dem der amerikanische Psychologieprofessor David L. Rosenhan im Jahr 1973 die erschreckende Zufälligkeit der vorgeblich objektiven medizinischen Diagnose entlarvte (Rosenhan 1973) – und dem Michel Foucault dafür einen »Nobelpreis für wissenschaftlichen Humor« wünschte. Zehn Personen meldeten sich in Psychiatrien und gaben an, sie würden Stimmen hören, die die Worte »leer«, »hohl« und »dumpf« sagten. Sie spielten dies aber nur beim Aufnahmegespräch vor, danach nicht mehr, und verhielten sich auch ansonsten vollkommen »normal«. Alle Teilnehmer_innen des Experiments wurden in die Psychiatrie mit der Diagnose »Schizophrenie« eingewiesen und waren in der Folge zwischen sieben und 52 Tagen hospitalisiert. In einer zweiten Phase des Experiments kündigte Rosenhan öffentlich an, innerhalb der nächsten drei Monate noch einmal Pseudopatient_innen in ein bestimmtes Hospital zu schicken, tatsächlich kamen aber keine. Während dieser drei Monate wurden dennoch 41 von 193 Patient_innen des Hospitals für Schauspieler_innen gehalten, weitere 42 wurden als »verdächtig« eingestuft.

Rosenhans Experiment zeigt, dass der Wahnsinn auf zweierlei Weise von der Gesellschaft produziert wird. Erstens diskursiv, denn die Diagnose konstruiert erst das Krankheitsbild, das sie zu diagnostizieren vorgibt. Zweitens aber auch materiell: Durch die psychiatrischen Praktiken materialisiert sich das Gegensatzpaar wahnsinnig/normal als reale Dichotomie, obwohl es sich zunächst um eine vollkommen willkürliche Einteilung gehandelt hatte. Rosenhan weist darauf hin, dass die Teilnehmer_innen seines Experiments schon nach kurzer Zeit in der Psychiatrie »Depersonalisierungserlebnisse« hatten, einer hatte sogar das Gefühl, unsichtbar zu sein. 71 Prozent der Psychiater_innen und 88 Prozent der Pfleger_innen antworteten nicht auf einfache Fragen, sondern ignorierten die Fragesteller_innen einfach, und häufig konnten verbale oder physische Misshandlungen seitens des Personals an den Patient_innen beobachtet werden. Psychiatrie macht verrückt: ein Tatbestand, der in den Berichten vieler Psychiatrie-Erfahrener immer wieder bestätigt wird.

Wenn sich, und das ist das Ergebnis von Rosenhans Experiment, zwischen Gesundheit und Krankheit nicht unterscheiden lässt, wenn die Normalität den Wahnsinn herstellt, statt ihn festzustellen: Wie gesund, wie normal sind dann diese Unterscheidung und diese Herstellung? Wenn eine Psychiater_in gemäß eines psychiatrischen Lehrbuches bei einer Patient_in etwa eine »schizophrene Psychose« diagnostiziert, so wird sie in dem selben Lehrbuch ironischerweise auch Symptome wie »Paranoia« oder die »wahnhafte Erhöhung der eigenen Person« (»mit Heilsauftrag«) als Indikatoren für dieselbe Krankheit entdecken – Symptome also, ohne die die Praxis der Diagnose selbst gar nicht durchzuführen wäre.

Solche psychiatrischen Diagnosen wiederholen aber nur eine Szene, die sich eigentlich in der Philosophie abspielt: die Szene der Entzweiung der Vernunft. Der neuzeitliche Philosoph Descartes ist auf der Suche nach einem letzten, unumstößlichen Fundament, an dem sich nicht mehr zweifeln lässt. Neben dem Traum und dem Irrtum begegnet er in seiner Meditation auch der Gefahr des Wahnsinns: »Ich müsste mich denn mit

gewissen Verrückten vergleichen, deren Gehirn ein hartnäckiger melancholischer Dunst so schwächt, dass sie unbeirrt versichern, sie seien Könige, während sie ganz arm sind, oder sie trügen Purpur, während sie ganz nackt sind, oder sie hätten einen Kopf von Ton, oder seien ganz Kürbisse oder aus Glas geblasen. Allein das sind Wahnsinnige, und ich würde ebenso verrückt erscheinen, wenn ich auf mich anwenden wollte, was von ihnen gilt« (Descartes 1986: 65). Dieser Augenblick der Reflexion auf das Denken und dessen, was das Denken in die Irre führt, ist ein (aber weder der erste noch der letzte) Augenblick, an dem sich die Vernunft scheidet. In dem Augenblick ihres größten Triumphes – *cogito ergo sum* als das Finale eines fulminanten *quod erat demonstrandum* – beschwört die Vernunft ihr Anderes herauf. Wenn also die Geschichte eine Geschichte des Sinns und der Wahrheit ist, dann ist sie, darauf weist Jacques Derrida hin, zugleich die »Geschichte dieser Ökonomie des Negativen« (Derrida 1972: 57). Doch ihr Negatives ist der Vernunft damit eingeschrieben; indem sich die Vernunft vom Wahnsinn trennt, muss sie ihn immer wieder zitieren, ihn exorzieren, ihn beschwören, ihn heraufbeschwören. Schlimmer noch: Der Moment der Absonderung des Wahnsinns ist selbst ein Moment des Wahnsinns, denn er ist ein Moment der Verleugnung und des Vergessens – niemals kann sie, die siegende Vernunft, sich ihre Dependenz vom Wahnsinn eingestehen. Wie vernünftig aber ist eine Vernunft, die immer wieder den Wahnsinn in ihrem eigenen Innern gebiert?[3]

Es handelt sich bei einer solchen Dekonstruktion des Verhältnisses von Vernunft und Wahnsinn nicht um eine Kritik der Vernunft im klassischen Sinne. Eine solche Kritik wäre selbstwidersprüchlich, denn sie müsste sich innerhalb desselben Feldes der Intelligibilität bewegen, das sie zu unterminieren beansprucht. Dennoch bleibt sie nicht ohne Auswirkung, denn wenn Wahnsinn und Vernunft nicht länger als entgegengesetzte Pole der zentralen philosophischen Dichotomie figurieren können, dann muss der Skandal ihrer Nichtopposition auch jede Legitimation einer politischen Exklusion des Wahnsinns erschüttern. »Aber diese Krise, in der die Vernunft wahnsinniger als der Wahnsinn ist – denn sie ist Nicht-Sinn und Vergessen – und in der der Wahnsinn vernünftiger ist als die Vernunft, denn er ist der lebendigen (wenn auch schweigsamen und murmelnden) Quelle des Sinns näher, diese Krise hat stets begonnen und ist nicht beendbar« (ebd.: 100).

// hol den Vorschlaghammer

Genealogie, Ideologiekritik und Dekonstruktion sind – konkurrierende, sich ergänzende – Strategien zur Hinterfragung der Normalität. Aus ihnen ist jedoch noch keine konkrete Alternative für den Umgang mit vorhandener psychischer Devianz ableitbar. Sie eröffnen aber die Normalität zuallererst als Schauplatz politischer Kämpfe, indem sie sie der Veränderung anheimstellen: politische Kämpfe, die, sei es advokatorisch, sei es persönlich, sich richten gegen die Institutionen, die durch Zwangshospitalisierung, Zwangsmedikation, Fixierung und Zwangsbehandlungen mit Elektroschocks in die körperliche Unversehrtheit von Menschen eingreifen und so ihren Ausschluss und ihre Marginalisierung absichern.

Die vorgestellten Werkzeuge als Strategien zur Hinterfragung der Normalität ernst zu nehmen, hieße aber auch, sie als Hinterfragung der eigenen Normalität ernst zu nehmen – sie ernst zu nehmen als eine Irritation des eigenen Selbstverständnisses und als Beunruhigung des eigenen Ausgangspunktes. Statt zu fragen, wie »wir« mit »den Wahnsinnigen« umgehen sollen, gälte es die Wahnsinnige zu entdecken, die wir selbst sind und die man uns nur dosiert zumuten will, in der Kindheit oder im kontrollierten Rausch (oder im Traum, im Tanz, in der Liebe, im Sex, in der Kunst). Wir müssen mit dieser Wahnsinnigen in einen Dialog treten über die uns so selbstverständlich gewordenen moralischen, epistemischen und ästhetischen Routinen und über den Wahnsinn dieser Routinen: die Depressivität der Stechuhren, die Manie des Konsums, die Paranoia der Staatlichkeit, die Phobie des Krieges, die Hysterie der Politik, die Psychose der Religion. Die Neurose der Medizin: zu diagnostizieren – welch ein Größenwahn!

Daniel Loick

***.ref**

Adorno, Theodor W. (1997): Zum Verhältnis von Psychologie und Soziologie, Gesammelte Schriften Bd. 8., Frankfurt am Main

Bunz, Mercedes (2005): Wann findet das Ereignis statt? Geschichte und der Streit zwischen Michel Foucault und Jacques Derrida, Quelle: http://www.mercedes-bunz.de/ wp-content/uploads/2006/06/ bunz_ereignis.pdf

Castel, Robert (1979): Die psychiatrische Ordnung. Das goldene Zeitalter des Irrenwesens, Frankfurt am Main

Derrida, Jacques (1972): Cogito und die Geschichte des Wahnsinns, in ders.: Die Schrift und die Differenz, Frankfurt am Main

Derrida, Jacques (1998): ›Gerecht sein gegenüber Freud‹. Die Geschichte des Wahnsinns im Zeitalter der Psychoanalyse, in: Ders., Vergessen wir nicht – die Psychoanalyse!, Frankfurt am Main

Descartes, René (1986): Meditationen über die Erste Philosophie, Stuttgart

Dilling, Horst (2004): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Klinisch-diagnostische Leitlinien, Bern

Foucault, Michel (1984): Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahnsinns im Zeitalter der Vernunft, Frankfurt am Main

Foucault, Michel (2002): Erwiderung auf Derrida, in ders.: Schriften in vier Bänden, Dits et Ecrits, Band II, 1970-1975, Frankfurt am Main

Foucault, Michel (2005): Die Macht der Psychiatrie. Vorlesung am Collège de France 1973/74, Frankfurt am Main

Huber, Gerd (2005): Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung, Stuttgart

Marcuse, Herbert (1973): Versuch über die Befreiung. Frankfurt am Main

Rosenhan, David L. (1973): On Being Sane in Insane Places, Science, Vol. 179 (Jan. 1973), 250-258, Internetquelle: http://www.stanford.edu/%7Ekocabas/onbeingsane.pdf

Wittchen, Hans-Ulrich (2005): »Psychische Störungen in Deutschland und der EU«. Größenordnung und Belastung, Dresden, Internetquelle: http://www.tu-dresden.de/presse/psyche.pdf

***notes**

 # 1 Diese Zahlen stammen von der »Aktion psychisch Kranker«, einer Expert_innengruppe, die von Bundestagsabgeordneten verschiedener Parteien gegründet wurde. Die Gruppe bezieht sich auf Erhebungen verschiedener staatlicher Institutionen. Vgl. http://www.psychiatrie.de/apk/wir/

 # 2 Die Irren sind freilich nicht die einzige Gruppe, die aus diesem vorgeblich allgemein Menschlichen ausgeschlossen wurde; auf die sexistische und kolonialistische Kehrseite dieser Gründungsgeschichte der bürgerlichen Gesellschaft ist bereits oft hingewiesen worden. Insofern die Irren jedoch *als Irre* die Bedrohung der Vernunft schlechthin repräsentieren, nehmen sie unter den Subalternen, die nicht sprechen können, einen Sonderstatus ein.

 # 3 An dieser Stelle zeigt sich am deutlichsten die Differenz der Dekonstruktion zum Projekt der Genealogie: Wird der Wahnsinn ausgeschlossen oder heraufbeschworen? Es soll hier nicht darum gehen, den Streit zwischen Derrida und Foucault erschöpfend darzustellen oder auch nur Derridas Descartes-Lektüre Gerechtigkeit widerfahren zu lassen, geschweige denn zwischen den beiden hier als Werkzeuge angeführten Ansätzen eine Entscheidung zu treffen. Ziel ist es hier nur, die Lektürestrategie der Dekonstruktion außerordentlich schematisch anzudeuten. Vgl. zum Streit zwischen Genealogie und Dekonstruktion in der ersten Runde Foucault 1984 und Derrida 1972, in der zweiten Runde Foucault 2002 und Derrida 1998; einen guten Überblick zu diesem Streit bietet Bunz 2005.

X // ich hab' letztens mit 'ner freundin gesprochen, die gefragt hat, was ich eigentlich so von anti-depressiva halte. ich habe dann überlegt: ›ich kenn die und die, da sind die und die nebenwirkungen.‹ dann ging's um einweisung. da habe ich erzählt: ›ich kenne auch 'ne frau, der hat das ganz gut getan, mal ein paar wochen weg zu sein.‹

ich hab mich danach so beobachtet und gedacht: ›hey fuck, das ist doch keine kritische position. also, ich berate einfach rundum im spektrum der normierungsmöglichkeiten. und gleichzeitig ist es so 'ne idiosynkrasie, so kann ich nicht beraten. aber ich finde es auch 'ne art fortschritt, dass die psychischen probleme von leuten ein bisschen differenzierter gesehen werden, weil ich z. b. nicht, wenn ich morgens traurig aufwache, deshalb traurig bin, weil ich vom kapitalismus geträumt habe, sondern von meiner mutter. das ist eben auch so 'ne frage, ob das ein fortschritt ist. es ist eben beides.‹

Y // aber ich glaube, die klassischen psychiatriekritischen positionen haben sich doch eher gegen den zwang, psychopharmaka nehmen zu müssen, und gegen den zwang, eingewiesen zu werden, gerichtet; und die würden doch auch sagen: ›sei dir bewusst, es ist 'ne droge und keine medizin. aber nimm halt psychopharmaka oder nimm e oder kiffe oder trink alkohol. es ist halt alles 'ne form von behandlung, zu der du dich bewusst entscheidest.‹

deswegen war doch deine beratung eigentlich ganz vernünftig: weder zu sagen: ›werd allein mit deinem problem fertig, man muss halt darunter leiden, ist halt kapitalismus, ist halt scheiße‹, noch: ›hey, werd normal und nimm xy.‹

X // ja, aber andererseits ist es genau das. ich glaube, es war für mich eher ein schritt zu sagen: ›mir geht es nicht scheisse, weil es mir ›persönlich‹ scheiße geht, sondern weil es bestimmte strukturen gibt, die dazu führen.‹

also genau die idee, dies zu politisieren, auch zu fragen: ›wie wird hier fürsorgearbeit verteilt? wer macht was? mit wem hat man deswegen konflikte?‹

es stößt immer an bestimmte grenzen und hat schon damit zu tun, dass ich irgendwie in der linken bin. das wär' mir sicherlich sonst gar nicht so gegangen, wahrscheinlich hätte ich dann noch nicht mal 'ne psychoanalytische therapie gemacht, sondern irgendwie verhaltenstherapie: drei sitzungen und dann, zack, doxepin oder so.

Y // ich finde das total interessant, da ich die ganze zeit darüber nachdenke, ob ich die einschätzung teile, dass es so 'ne reprivatisierungstendenz gibt. natürlich von den '70ern her rückblickend und idealisiert. aber mein eindruck war eher biographisch: dass mit dem beginn des studiums genau das gegenteil eingetreteten ist in meinem kontext; dass es gelungen ist, einen anderen umgang mit dem es-sich-schlecht-gehen-zu-lassen zu finden; und dass diese struktur des studiums das auch ermöglicht hat und es nicht unbedingt nötig ist, ins seminar zu gehen. man kann ja auch den ganzen tag depressiv im bett liegen.

es ist in unseren kontexten nicht so, dass man gefragt wird: ›wie geht's dir?‹ und man sagen muss: ›gut!‹ das haben wir doch auch wirklich in jahren erkämpft, dass man sagen kann, es geht einem schlecht.

klar, dass man teilweise ins zynische tendiert und sagt: ›ja, die hat mal wieder ihre psychos; der is' mal wieder am abkacken; der is' depressiv – trinken wir noch einen‹ oder so. aber ich hätte jetzt eher gesagt, dass es ein zunehmen der reprivatisierung gibt, was auch damit zu tun hat, dass diese phase zu ende geht und dadurch die räume auch kleiner werden, in denen man die kraft hat.

X // ich hab das gefühl, bei mir hat das eher abgenommen vor ein paar jahren, zu anfang des studiums. ich hatte das gefühl, ich hab alle zeit der welt … ok, ich hab meinen politkram, aber den kann ich auch absagen; ist immer freiwillig … keine ahnung, seminare muss ich nicht machen …

ich hatte das gefühl, die ganze zeit zeit zu haben. und die ressourcen konnte ich auch viel stärker aufbringen als jetzt, was wiederum auch mit gesellschaftlichen umstrukturierungen zu tun hat.

ich kenn' keinen, der gerade studiert und sagt: ›och ja, ich hab zeit.‹ jeder muss igendwie sein studium fertig kriegen und die, die fertig sind, brauchen ihr promotionsstipendium oder 'ne stelle.

ein freund hat irgendwann mal vor zwei jahren zu mir gesagt: ›och, ich find das so traurig wie ihr studiert, ihr könnt nicht einfach mal sagen, dieses semester spiel ich nintendo‹ … und so ist es auch, es ist einfach für mich mittlerweile unvorstellbar. und ich glaube, dass das damit zu tun hat, wie man ressourcen mobilisieren kann, wenn man nicht mehr sagen kann: ›ok, dieses semester geht halt für meine freunde drauf.‹

Design your self

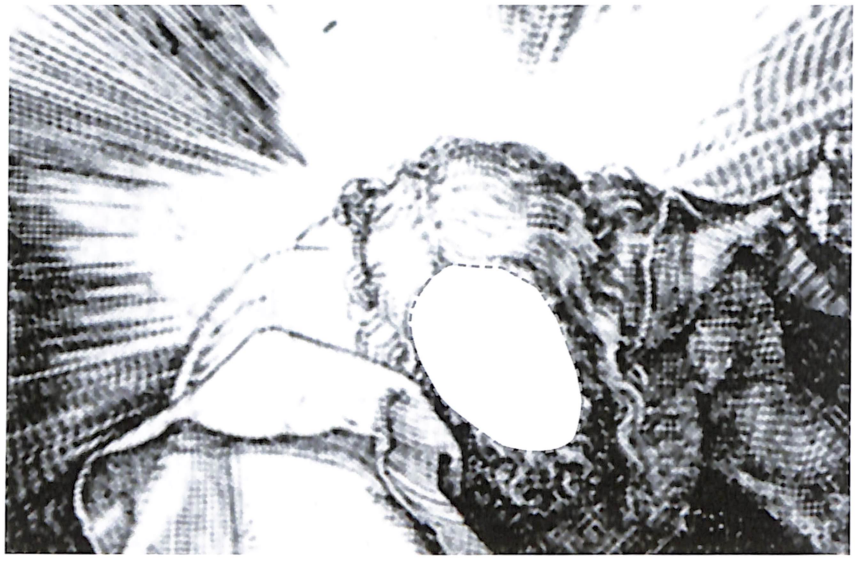
Über Psychopharmaka und die Inszenierbarkeit des Lebens

»Aus der Notwendigkeit, mit der äußeren Welt zu brechen, ergibt sich somit die komplementäre Notwendigkeit, ein in allen Stücken neues gesellschaftliches Laboratorium zu konstruieren, in dem die menschliche Existenz umprogrammiert werden kann.« (Robert Castel, 1976).

Während gegenwärtig die Gentherapie noch in ihren Kinderschuhen steckt und in diesem Stadium Gegenstand einer höchst metaphorischen moralisch-ethischen Diskussion wird, hat eine andere Biotechnologie, die nicht weniger rigoros vorgeht, dieses Stadium unter dem Aspekt der Not-Wendigkeit schon überwunden. Die Rede ist von Psychopharmaka, die erst 1952 erfunden wurden, und nunmehr, also in einer Dauer von nur 50 Jahren, eine rasante Entwicklung genommen haben. Vor allem weil Psychopharmaka ihr wissenschaftliches Entwicklungsprinzip schon gefunden haben, gelten sie im Allgemeinen als anerkannt und sind zugleich ein bestens florierendes Geschäft. Dabei sind die Psychopharmaka eine umso verblüffendere Technologie, als sie die moderne Differenz, Natur versus Kultur, Körper versus Denken, zu überwinden ›verstehen‹. Sie setzen am Körper an und versprechen, eine gezielte, objektivierbare Wirkung im Denken entfalten zu können. Was zumindest paradox anmuten mag, gilt doch das Denken, im Gegensatz zum Körper, als etwas subjektives, kulturell-historisches oder gar kontingentes.

Im Folgenden soll es um eine Geschichte der modernen Entwicklung, d. h. des Fortschritts der psychiatrischen Technologien gehen. Der Wandel im Umgang mit ›psychischen Krankheiten‹ wird hierbei in den Kontext der Ausdifferenzierung der modernen Differenz selbst gestellt, wobei Psychopharmaka, die gegenwärtig avancierteste Technologie in dieser Hinsicht darstellen.

Ein Verdienst Foucaults besteht mit Sicherheit darin, in »Wahnsinn und Gesellschaft« aufgezeigt zu haben, dass am Anfang der Abendländischen Kultur »der griechische Logos nichts Gegenteiliges besaß« (Foucault 1995: 8). In der Mannigfaltigkeit des Denkens unterhielten die Griechen eine lebendige »Beziehung zu etwas, das sie *hybris* nannten«. Der so genannte Wahnsinn hatte hierin eine vielfältig konturierte Gestalt und die Beziehung bzw. der Umgang mit ihm nahm die unterschiedlichsten Formen an, die von Heiligenverehrung über Pflege bis hin zur Tötung gereicht haben mochten. Im Mainstream der Geschichte



sollte schließlich der Beginn der großen Einschließungen *aller* ›Armen‹ und ›Unvernünftigen‹ diese vielfältig konturierte Gestalt endgültig verwischen, um sie auf dem Grund der Erfahrungen innerhalb der Internierung neuartig auszudifferenzieren.

Es heißt nicht umsonst, die Begründung der Psychiatrie im Jahre 1794 durch Pinel sei eine menschenfreundliche Geste gewesen. In seinem Blick dürfte die Ausschließung ›des Wahnsinns‹ vor die Tore der mittelalterlichen Stadt, bzw. die sich hieran ab dem 17. Jahrhundert anschließende Ausschließung im Inneren der Gesellschaft – also die Einschließung – eine unmenschliche und mit Sicherheit auch gewalttätige Angelegenheit gewesen sein. Vermutlich entbirgt diese moralische Verurteilung aber mehr von den zu Grunde gelegten Differenzierungs- und Erkenntnisstrategien und von der alltäglichen Praxis des Verurteilenden selbst, als dass sie von einer historischen Wahrheit des Angeblickten Kundschaft gäbe. Für diese moralische Verurteilung bedurfte es jedenfalls einer gesellschaftlichen Umwälzung, die das, was Wahnsinn genannt wurde, im Folgenden nicht mehr als (nur) einer *anderen Art* zugehörig oder von einer *anderen Natur* stammend kennzeichnete.

Während bis zum Ende des Mittelalters die soziale Bestimmtheit der Menschen als unmittelbar gottgegebene Natur galt, konnte sich, je nachdem, wie dem oder der je Einzelnen die Natur gewachsen war, ein je spezifisches Verhältnis im Umgang mit ihr/ihm herausbilden. Ausgehend von besagtem Blick konnte EinEr sodann erkennen, dass die Wahnsinnigen ›damals zu Recht‹ aus der Stadt und der menschlichen Gemeinschaft ausgeschlossen wurden, da ihre Natur ja eigentlich gar keine menschliche war. Dieser kategorisierende Blick entbirgt sich aufs Deutlichste zu Beginn der Einschließungen, als die wahnsinnigen Unvernünftigen als wilde, gefährliche und unbezähmbare Tiere *inszeniert* wurden. »Diese wurden im buchstäblichen Sinne als ›Monstren‹ in Käfigen gegen Entgelt dem bürgerlichen Publikum demonstriert [...] Was hier veranstaltet wurde, war die wilde und unbezähmbare Natur, das ›Tierische‹, die absolute und zerstörende Freiheit, die soziale Gefahr« (Dörner 1969: 29). Die Naturverhaftetheit ›der Wahnsinnigen‹ wurde so dem bürgerlichen Publikum in einer Art Negativbild des von Lacan als Bildner der Ich-Funktion bestimmten Spiegelstadiums vorgeführt, aggressiv und lustvoll zugleich.

Die somit eingeführte Eskalation einer kategorischen Differenz, Natur versus Kultur, ausgehend von der ›der Wahnsinn‹ auf neuartige Weise dekliniert wird, umschreibt also nicht nur ein neues Verhältnis zur ›Natur‹, und sie ging auch mit grundlegenden gesellschaftlichen Umbrüchen einher. Den Zeitpunkt kann man paradigmatisch bei den Schriften Hobbes' ansetzen und damit mit Beginn der Moderne. Die Moderne entband die Menschen vom Glauben an eine gottgegebene, natürliche Fest-Gestelltheit ihrer Bestimmung, zu Gunsten einer Aufspaltung ihrer Natur in eine biologische und eine soziale. Im Herausdrehen aus der naturgegebenen göttlichen Ordnung galt dabei die biologische Natur des Menschen zwar als eine (heute: genetisch) *fest-gestellte*, aber zugleich als ungezähmte. Sie musste immer wieder in einer sozialen oder politischen Ordnung eingepasst werden. Und wenn Hobbes 1642 projektiert, dass es »nur im staatlichen Leben einen allgemeinen Maßstab für Tugenden und Laster gibt; und eben darum dieser nicht anders sein kann als die Gesetze eines jeden Staates; und selbst die natürlichen Gesetze, wenn die Verfassung festgesetzt ist, ein Teil der Staatsgesetze werden« (Hobbes 1949 : 40; zit. n. Dörner 1969: 30), so etabliert er damit die erste Vorform einer modernen Verfassung, in der die biologische und soziale Natur des Menschen

(Natur und Kultur, oder Körper und Denken) zuerst sauber getrennt und sodann gegeneinander ausgespielt wurden. Diese Trennung sollte sich im Fortlauf bzw. Fortschritt der modernen Geschichte weiter ausdifferenzieren. Sie begründete zugleich aber auch den Anfang aller Sozialisierungs- bzw. Subjektivierungsproblematik (im ambivalenten Sinne von »asujetissement«), innerhalb der die Kant'sche Frage, was der Mensch sei, von zentraler Bedeutung wurde. Wie sonst könnte eine ›Verfassung‹ festgesetzt werden, innerhalb der die ›natürlichen Gesetze‹ möglichst adäquat berücksichtigt werden? Von der Antwort auf die Frage, was der Mensch sei (d. h. wieviel Natur, wieviel Kultur und welche Art von Verhältnis), hing es also ab, wie alle Sozialisierungsprobleme zu bewerten sein sollten und wie sie gelöst werden sollten; ob also die soziale politische Ordnung zu verändern oder ob das Individuum weitergehend zu disziplinieren sei. Als Fluchtpunkt dieser fragenden Bewegung kann die generelle Optimierung des Lebens in einem Staat verstanden werden, wie sie Foucault im Begriff der Biomacht fasst. Und selbst wenn das einzige Ziel dieser neuen produktiven Macht in der Stärkung des Staates bestand, so musste sie sich trotzdem vor allem und auch an der Natur dessen orientieren, was sie regierte.

In diesem Sinne bestamd die revolutionäre Tat des Arztes Pinel genau darin, anzuerkennen, dass die Natur der Wahnsinnigen keine prinzipiell von der des Menschen verschiedene sei, sondern nur eine mangelhafte Form des Menschseins darstelle. Seit Pinel galt der Wahnsinnige nicht mehr als von einer unbezähmbaren anderen Natur, sondern als kranker Mensch, was die ganze Problematik von Nosographie, Klassifikation und Intervention nach sich zog. Einerseits wird damit der Ausschluss im Innen der Gesellschaft zwar zurückgenommen, die Wahnsinnigen werden von ihren Ketten befreit, erhalten aber andererseits gleichsam eine ›neue‹ besondere Behandlung: Einschluss als Therapie (Castel 1983). Der Ausschluss im Innen wird somit auf der abstrakteren Ebene der Krankheitskategorien wiederholt und mit ihnen begründet. Was in der frühmodernen Fassung als Naturdifferenz zwischen ›Mensch‹ und ›Tier‹ inszeniert wurde, wandelte sich in eine Inszenierung einer kategorischen Differenz *zwischen* den Menschen, zu denen nun, als Kranke, auch die Wahnsinnigen zählten. Doch bleibt daran zu erinnern, dass Pinel durchaus eine Ahnung von den Schwierigkeiten dieses Status – der Wahnsinnigen als Kranke – erkannte.

Er meinte nicht, sie *seien* Kranke, weil hierfür das damals gültige medizinische Wissen keinerlei Ansatzpunkt bot. Er meinte ›lediglich‹, man solle sie *wie* Kranke ansehen und behandeln. Pinel hatte also durchaus den Metapherncharakter des Krankheitsstatus offen betont. Gleichwohl wollten seine Nachfolger nicht mehr viel von seinem ›traitement moral‹, der Forderung nach einer sittlichen Behandlung, wissen und nahmen die Metapher wörtlich. Seither wird auf dieser metaphorischen Bühne so manche reale Tragödie inszeniert.

Jedenfalls entbrannte nach Pinel innerhalb der modernen humanwissenschaftlichen Medizin, mit dem Eintreten des Wahnsinns in ihren Gegenstandsbereich, ein Streit um die Art dieser Krankheit, genauer, über die Art ihrer Ätiologie und ihrer sich hieraus ableitenden Behandlung. Während die Krankheit selbst als eine des Geistes allgemein akzeptiert wurde, stritt man sich, ob die Ursachen biologischer oder sozialer Art seien. Damit hing die Frage nach einer adäquaten Behandlung an der Frage, ob die entscheidende also verursachende Abweichung von der normalen Verfassung im Biologischen oder im Sozialen des Menschen zu suchen sei.

Entsprechend differenzierte sich die moderne Psychiatrie als Wissenschaft in Biologische Psychiatrie (also eine Linie von den Nachfolgern von Pinel und Esquirol über Morel bis zur psychiatrischen Psychopharmakologie) und Dynamische Psychiatrie (= die Linie von Mesmer über Charcot bis zu Freud etc.) aus.

Doch auch wenn die Differenz ›Natur versus Kultur‹ mit fortschreitender Ausdifferenzierung stets in beiden der Termini wiederkehrt, führte sie die Biologische Psychiatrie in eine scheinbare Unmöglichkeit: Einerseits soll am Körper angesetzt werden, also an der Naturseite, die Wirkung soll sich aber im Denken entfalten, also auf der Kulturseite. Diese Unmöglichkeit mündete noch vor 1900 in den ›Therapeutischen Nihilismus‹ der Biologischen Psychiatrie, der so lange anhalten musste, wie die Differenz zwischen den – von sich aus als getrennt gedachten – Termini Natur und Kultur, Körper und Denken, nicht überwunden werden konnte. Im Übergang von dem durch eine Naturdifferenz begründeten körperlichen Ausschluss oder Einschluss zur schriftgebundenen Diagnostik und Klassifikation fehlte seither eine adäquate Technologie, die das Sozialisierungs- oder Subjektivierungsproblem produktiv hätte auflösen können. Man hatte für ›die Wahnsinnigen‹, bei denen die herkömmlichen,

die moderne Verfassung garantierenden, Disziplinierungstechnologien versagten, noch keine Behandlungsmethode gefunden, die es ihnen ermöglicht hätte, eine (neue, zweite) soziable Verfassung anzunehmen. Alle bis zur Therapie mit Psychopharmaka angewendeten Methoden einer somatischen Therapie der Geisteskrankheit stellten zumeist sehr wilde Experimente dar und erwiesen sich darum als nicht effizient, weil sie die Differenz von Natur und Kultur nicht intellegibel auf-heben konnten.

Erste Erfolge, den Therapeutischen Nihilismus zu überwinden, gelangen nach der Jahrhundertwende bei der Behandlung von Epilepsie mit dem unter dem Handelsnamen *Veronal* heute noch gebräuchlichen Barbiturat. Jedoch konnten diese Erfolge nicht systematisch an den damaligen Stand der Forschung rückgebunden werden. Es gelang keine Konstruktion eines wissenschaftlichen Modells, innerhalb dessen das ›wilde Experimentieren‹ mit Substanzen ausgerichtet und operationalisiert werden können hätte. Der Durchbruch der Psychopharmakatherapie gelang erst viel später: Als 1952 die Pariser Psychiater J. Delay und P. Deniker die Anwendung von Chlorpromazin bei ihren ›schizophrenen Patienten‹ erprobten, erreichten sie ›spektakuläre Behandlungserfolge‹ (vgl. P. Deniker 1988). Das erste Neuroleptikum war geboren.

Ausgehend von dieser neuen Entdeckung war es beim damaligen Stand der Hirnforschung möglich, ein Erklärungsmodell, das Rezeptorenmodell bzw. die Dopaminhypothese der Schizophrenie, zu bilden. In Neurotransmittern, den so genannten ›Botenstoffen‹, erscheinen schließlich Natur und Kultur, Körper und Denken als zwei Seiten einer Medaille: sie sind chemische Substanzen (Natur), die für den Informationsverarbeitungsprozess im Gehirn und somit für das Denken und Handeln als entscheidend gelten (Kultur). Per Beigabe eines geeigneten synthetischen Psychopharmakons, das die körpereigenen Neurotransmitter verdrängen oder ersetzen kann, soll die Verfassung des Individuums gezielt geregelt werden können. Und während der einfache Aus- oder Einschluss die ihn begründende Differenzierung als Gewalt offen zu Tage treten lässt, sei »der erste tatsächlich messbare Erfolg nach Einführung der Neuroleptika [...] die Abnahme von Gewalt in psychiatrischen Kliniken« (Benkert 1997: 22) gewesen. Fraglich bleibt, ob es sich dabei um eine wirkliche Abnahme von Gewalt handelt. Wirde nicht die Gewalt transformiert, ist sie nicht einerseits in den Bereich der Medikalisierung per Zwang oder per Überredung verschoben worden[1] und andererseits in den Bereich der Körpersemantik übergegangen?[2] Geht durch die Verdrängung der körpereigenen Botenstoffe der Mensch nicht genauso in einer gewalttätigen Inszenierung auf, wie der Wahnsinnige in den frühmodernen ›Demonstrationen‹? Zumindest können hierfür in den sogenannten Nebenwirkungen von Psychopharmaka, die in der Fachliteratur u.a. als ›Zombiesyndrom‹, ›Maskengesicht‹, oder ›marionettenhafter Gang eines Frankensteinmonsters‹ beschrieben sind, exponierte Bilder gefunden werden.

Über die Einführung der Psychopharmaka erfolgte auch eine Reihe von Verschiebungen, Vollendungen oder gar Überbietungen der modernen Verfassung (des Menschen), in der es schon immer darum ging, sich mittels Technik von der Natur zu emanzipieren. Wenn die Psychopharmaka die ›Öffnung der Psychiatrien‹ und damit eine weitest gehend ambulante Betreuung der ›Kranken‹ ermöglichten, erscheint das alte Sozialisierungs- oder Subjektivierungsproblem auf dem Grund dieser neuen Technologie als ein lösbares. Dabei bezieht sich aber die Lösung dieses Problems immer weniger auf eine klar differenzierte Entität von ›Kranken‹. Paradoxer Weise wurde mit der Öffnung der Psychiatrien nicht nur eine Annäherung der ›Kranken‹ an die ›normalen Menschen‹ erreicht, sondern umgekehrt wurde auch die klinische Diagnostik in massiver Weise auf die Allgemeinbevölkerung ausgedehnt. So hatte die Erfindung von Psychopharmaka auch zu einer erhöhten diagnostischen Erfassung von ›Nicht-psychisch-Kranken‹ beigetragen. Überall wo Sozialisierungs- oder Subjektivierungsprobleme auftreten, können nun, wie z.B. bei der Diagnose ›Zappelphilipp‹ bei Schulkindern,[3] Psychopharmaka eingesetzt werden.

Diese Deeskalation und Zerstreuung der Differenz Natur versus Kultur als einer Differenz *zwischen* Menschen bewirkt nun nicht nur eine Entdramatisierung des Umgangs mit ›den Wahnsinnigen‹, sondern evoziert zugleich eine permanente virtuelle Behandelbarkeit des ›normalen Menschen‹. Einerseits wird somit aus ›dem Wahnsinnigen‹ der ›normale (sedierte) Kranke‹, während andererseits der ›normale Mensch‹ immer schon als virtuell Behandelte_r seine oder ihre Normalität bestreitet. Sicherlich ließe sich desgleichen von den frühmodernen Inszenierungen oder Demonstrationen von Wahnsinnigen sagen. Auch für die

bürgerlichen Zuschauer_innen kann man sich einen disziplinierenden Effekt vorstellen, der dazu führen mochte, sich zusammen zu reißen, um ja nicht aus dem bürgerlichen Rahmen zu fallen und wie diese ›Monstren‹ zu enden. Doch vielleicht dürfte diese Interpretation, soweit sie aus heutiger Sicht auch richtig sein mag, den damaligen Bürger_innen selbst zu abstrakt vorgekommen sein. Aufgrund der großen Distanz und Differenz konnten sie sich als sichere Beobachtende oder Zuschauende denken. Schließlich blieb es auch unvorstellbar, dass alle Bürger_innen eingesperrt werden würden. Der Einschluss als technologische Inszenierung der Differenz von Natur versus Kultur blieb, selbst wo er eine begrenzende und disziplinierende Kraft auf die Bürger_innen ausübte, selbst begrenzt. Mit der Wendung vom körperlichen Aus- oder Einschluss zur semantisch begründeten klinischen Diagnostik ändert sich diese Sachlage. Diagnostizieren kann man jetzt praktisch jedes Individuum einer Gesellschaft, selbst dann, wenn es nicht ›krank‹ ist. Insofern somit alle auf eine Behandelbarkeit durch die Technologie der Psychopharmaka hin geprüft werden, ob nun aktuell oder virtuell, gehen sie in einer neuen Inszenierung auf, in der es nicht mehr darum geht, nicht aus dem Rahmen zu fallen, d. h. Normalität zu sichern. Vielmehr gilt Normalität im Aufgehen in einer allgemeinen Inszenierung immer schon als erreicht. Während die Differenz Natur versus Kultur in den frühmodernen Inszenierungen von Wahnsinnigen ihren Ausdruck in der Trennung von ›Zuschauer‹ und ›Monstrum‹ durch Gitterstäbe fand, verläuft die Trennung nun nicht einmal mehr *zwischen* Menschen, sondern wird *im* Individuum selbst, es selbst inszenierend, getilgt. Die ›Gitterstäbe‹, die einst den Bürger vom Wahnsinnigen trennten, gehen nun offensiv durch die Individuen hindurch, bis perspektivisch ununterscheidbar wird, wer der ›Zuschauer‹ und wer das ›Monstrum‹ ist. Als Bedingung hierfür erscheint die scheinbar intellegible und technisch reproduzierbare Hybridisierung von Natur und Kultur innerhalb der Konstruktion der Psychopharmaka selbst. Dem entspricht die Frage, wie einer bestimmten chemischen Substanz (Natur) eine bestimmte psychische Krankheitsdiagnose bzw. ein bestimmtes Denken (Kultur) zugeordnet werden kann, was die chemische Substanz auch erst als Psychopharmakon qualifiziert.

Ausgehend vom Rezeptorenmodell, und damit in der kommunikations- und systemtheoretischen Fassung des Menschen, lässt sich keine Wesensdifferenz mehr zwischen ›kulturtragenden normalen‹ und ›naturverhafteten wahnsinnigen‹ Menschen ziehen. Alle Menschen verfügen über dieselben Rezeptoren und haben daher die gleichen Kommunikationsmodi. Entscheidend scheint nunmehr die Quantität einer bestimmten Kommunikation, d. h. die Anreicherung eines bestimmten Botenstoffes im Gehirn. Diese Quantität lässt sich aber keineswegs in absoluten Zahlen ausdrücken und ausgehend von der modernen Differenz identifizieren. Sie bestimmt sich vielmehr relativ, als Zuviel oder Zuwenig, und zwar in Absetzung, in Differenz von der Wirkung der Psychopharmaka selbst. Dies gilt nicht nur in dem Sinne, dass diese Differenz (zuviel/zuwenig versus *gerade richtig* viel Kommunikation) erst von einer entsprechenden mit der Entwicklung der Psychopharmaka einhergehenden Messtechnologie ausformuliert werden kann. Es gilt in einem viel grundlegenderen und weiteren Sinne: Jedes Experiment mit einer neuen chemischen Substanz entfaltet seine eigene Wirkmächtigkeit hinsichtlich des Ausschnitts der Symptomatiken, die unter einer Diagnose zusammengefasst werden. Wenn im Placebotest eine neue Substanz für die angedachte Diagnose keine signifikanten Ergebnisse erzielt, wird versucht, ausgehend von den Ergebnissen dieses Tests eine signifikante Gruppe zusammenzustellen. Wenn dies gelingt, scheint nicht nur ein neues Psychopharmakon gefunden worden zu sein, sondern gleichfalls eine genuin neue Kategorie des Denkens, die auch noch zum Gegenstand der Gestaltbarkeit avanciert (vgl. Pignarre 1977: 70ff.). Schließlich wiederholt sich dieser sich selbst begründende Prozess auf der Ebene der Anwendung von Psychopharmaka bei den Betroffenen. Weit davon entfernt, auf eine feststellbare originäre Symptomatik angewandt zu werden, muss in einer ›wilden Experimentierreihe‹ herausgefunden werden, welche Psychopharmaka wie anschlagen. Was Psychopharmaka von herkömmlichen Medikamenten unterscheidet, ist ja gerade das grundlegende Problem, dass die sogenanten subjektiven Einflüsse auf die Wirkung von Psychopharmaka nicht eliminierbar sind. Im Verhältnis zwischen dem ›subjektiven Denken‹ und einem Psychopharmakon, das für eine bestimmte verallgemeinerbare Kategorie des Denkens konstruiert wurde, ergeben sich dennoch, bzw. eben drum, stets singuläre Effekte, die nicht vorhersehbar sind. Erst ausgehend von diesen Erfahrungen kann eine dynamische, der wilden Experimentierreihe folgende, quasi-valide Diagnose ausgehandelt werden, die die Anwendung von Psychopharmaka *rückwirkend* be-gründet.

Durch das Rezeptorenmodell bzw. die Dopaminhypothese konnten eben nicht die Ursachen einer ›psychischen Krankheit‹ geklärt und somit die an sich selbst gestellte Frage der Humanwissenschaften, was denn der Mensch sei, tendenziell beantwortet werden. Vielmehr hatte man die Erklärung dessen erreicht, wie die Psychopharmakatherapie selbst wirkt. Die im Jahre 1980 durchgeführte Umorientierung der Krankheitskategorien in den Klassifikationsmanualen für psychische Krankheiten (DSM und ICD) folgt dieser Einsicht: Man geht nicht mehr von einem ätiologischen Modell aus, sondern orientiert sich bei den rein ›phänomenologischen‹ Klassifizierungen mehr an der Machbarkeit durch die Technologie als an Abweichungen von einer Norm oder einem Menschenbild. In welcher Art und Weise wird hiermit aber der leitende Bezug zum Menschen zu Gunsten eines Bezuges zur Technologie selbst aufgegeben? Und wird der ehemals biologisch *fest-gestellte* Mensch, mit dem *Anschluss* an eine technisch modulierbare hybride Verknüpfung von Natur und Kultur, nicht *ent-stellt* und geöffnet für offensives Charakter- und Selbst-Design? (Wie nah die Psychopharmakatherapie an den Phantasmen der Gentherapie operiert, sieht man am Einsatz von Psychopharmaka, die an Metabotropen Rezeptoren andocken und so genannte ›*second messengers*‹ ins Zellinnere freisetzen, die, wie man vermutet, die Aktivierung bestimmter DNA-Teile bewirken.)

Fraglich bleibt auch, ob hierüber ein Ausweg aus der Gewalt der Vergesellschaftungs-Technologien in plausible Nähe rückt. Allerdings scheint die Inszenierbarkeit der Differenz Körper versus Denken selbst ein Versprechen darzustellen, das den Ausschlusscharakter der Diagnostik und Intervention zu überholen vermag. Schließlich wird die Einnahme von sogenannten Life-Style-Psychopharmaka wie *Prozac/Fluctin* nicht mehr von einer ärztlichen klinischen Diagnostik be-gründet. Dieses Psychopharmakon entfaltet mit seiner ›stimmungsaufhellenden Wirkung‹ vielmehr eine Verheißung, die die Menschen zu einer Selbst-Diagnostik *verführt*. Die Inszenierung gerät so zur Selbst-Inszenierung. Ihre immanenten Kriterien ergeben sich nicht mehr ausgehend von einer abstrakten Definition des Menschen, sondern ausgehend von einem Prozess, in dem sich die Technologie immer schon von sich selbst absetzt.

Hierin liegen sowohl Chancen als auch Risiken einer technogenerativen Verfassung. Denn das, was einst Mensch genannt wurde, gerät hierin unwillkürlich in eine genuin andere Stellung: weder Subjekt noch Objekt, weder Zuschauer_in noch Monstrum, *ent-stellt* sich der Mensch zum ›Material‹ oder ›Medium‹ der Technologie selbst. Hierin kann es per se nicht mehr um die Heilung von irgendwelchen Krankheiten gehen, sondern einzig und allein um die Generativität genuin neuer Denk- und Seinsweisen. Im Anschluss an eine hybride Technologie, als Wiederholung der antiken Beziehung zur *hybris*, läge somit die Chance, zu einer Mannigfaltigkeit des Denkens zurück- oder vorkehren zu können. Dies gilt nicht nur *aufgrund* der Tatsache, dass diese Technologie notwendiger Weise über die Produktion neuer Kategorien des Denkens funktioniert. Es gilt auch *trotz* dieser Tatsache, insofern im je individuellen Anschluss sich doch immer wieder etwas Singuläres und per se Unkalkulierbares ergibt. Hierin wiederum liegt zugleich die große Gefahr. Wer sich oder andere diesem Risiko aussetzt, sollte sich wenigstens dieses radikal offensiven Charakters dieser Technologie bewusst sein, und nicht der veralteten Metapher einer ›objektiven Heilbarkeit von psychischen Krankheiten‹ gehorchen. In dieser Hinsicht könnte sich auch die alte Frage nach dem Menschen, nunmehr nicht mehr in der konservativen Fassung, als Frage nach dem, was der Mensch *ist*, sondern in der offensiven Frage nach dem, was aus dem, was einst Mensch war, *gemacht werden will*, als entscheidend herausstellen. Denn eins scheint klar: wenn der Mensch zum Medium einer Technologie wird, in der Gewalt – so *oder* so – auf-gehoben ist, sollte man darauf bedacht sein, dass das Medium, in welcher inszenierten Gestalt auch immer, nicht durchbrennt.

Roman Janda

Roman Janda war 1999 Praktikant im Weglaufhaus Berlin und ist seit 2001 Mitarbeiter von *Support*.

Das hier Abgedruckte ist die gekürzte Variante eines Textes, der erstmals publiziert wurde in: *Psychologie & Gesellschaftskritik*, Nr. 104 PsychiatrieDesign, Psychosozial-Verlag.

***.notes**

#1 Bekannt ist die folgende Argumentation: »Sicherlich sind Sie freiwillig in der Psychiatrie, aber wenn Sie sich weigern, Psychopharmaka zu nehmen, können wir Ihnen nicht mehr helfen und dann werden Sie zwangsuntergebracht.«

#2 Die heftigen und unkalkulierbaren Nebenwirkungen der Psychopharmaka sind ein altes Beispiel. Bei so genannten ›atypischen Neuroleptika‹ werden diese so genannten Nebenwirkungen raffiniert reduziert, was andererseits aber das Problem beinhaltet, dass die Wirkung dieser Substanzen ins Unwahrnehmbare verschoben wird. Dies wiederum hat zur Folge, dass man sich als Konsument, streng genommen, im modernen Sinne, zu atypischen Neuroleptika, gar nicht mehr verhalten kann. Ein Problem, das sich beim Absetzen dieser Substanzen als enormes Hindernis offenbart.

#3 Es heißt heute: ›Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom‹ (ADS), was an diesem Punkt die Biologisierung und Personalisierung vollendet. Es geht nicht um eine Kultur, die ihre Mühen hat, ihre Individuen zu disziplinieren, d. h. um die Schwächen der Kultur selbst, sondern um die ›armen‹ Kinder, weil ihnen eine unschöne Zukunft blüht, wenn sie so weitermachen, d. h. wenn und weil die Kultur so weitermachen wird. Man darf allerdings die Bewegung der Kultur selbst hierbei nicht unterschätzen: erfolgt das Vermögen, einen störenden Zappelphilipp zu einem an Aufmerksamkeit Ermangelnden umzumodeln, nicht über ein äußerst gelehrtes Wissen? Und schließlich ist der Ausschnitt der Bevölkerung, der unter dieser Diagnose gefasst werden kann, nicht nur ein offenerer, sondern zugleich ein verführerischer: wer mag sich nicht besser konzentrieren können?

***.ref**

M. Foucault. Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt a. M., 1995.

K. Dörner. Bürger und Irre. Frankfurt a. M., 1969

T. Hobbes Lehre vom Menschen. Leipzig, 1949 (1642)

R. Castel. Die Psychiatrische Ordnung. Frankfurt a. M. 1983, 2. Kapitel: Die Rettung der totalitären Institution

P. Deniker. Die Geschichte der Neuroleptika In: O.K.Linde (Hg.) Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Klingenmünster, 1988

O. Benkert. Psychopharmaka. München, 1997

P. Pignarre. Puissance des Psychotropes, Pouvoir des Patients. Paris 1999

P. Pignarre. Qu'est-ce qu'un Médicament? Paris, 1977

och, ich find das so traurig wie ihr studiert, ihr könnt nicht ein-
fach mal sagen, dieses semester spiel ich nintendo‹ … und so
st es auch, es ist einfach für mich mittlerweile unvorstellbar. und
ch glaube, dass das damit zu tun hat, wie man ressourcen mo-
bilisieren kann, wenn man nicht mehr sagen kann: ›ok, dieses
semester geht halt für meine freunde drauf.‹

X // aber es gibt doch auch unterschiede zwischen – ich sag jetzt mal frei raus – den normal depressiven in unserem freundeskreis und so härtefällen. es gibt ja auch formen von fertig sein, die nicht mehr normal tragbar sind. ich kann mich meinetwegen fünfmal die woche oder auch siebenmal die woche um meine traurige freundin kümmern, aber ich glaube, ich will nicht wissen, wie ich damit umgehe, wenn jemand austickt, permanent komische sachen macht, sagt, dass er stimmen hört …

Y // aber die trennung ist doch künstlich. also ich kann mich nämlich nicht sieben mal die woche um meine freundin kümmern, die heulend im bett liegt. ich könnte das nicht …

X // ich finde, das sind unterschiedliche fragen. das eine ist die belastbarkeit, die grenzen des freund_innenkreises und das andere ist die frage nach sachen, wo ich denke, also mit 'ner depression kann ich irgendwie umgehen, aber wenn meine freundin jetzt anfangen würde, was von verfolgungswahn oder stimmen oder so zu sagen, da wüßt' ich überhaupt nicht mehr, was ich machen soll.

Y // aber du müsstest irgendwas machen, weil es ja deine freundin ist. du würdest ja irgendwie handeln …

X // aber beim stimmen hören?

Y // vielleicht würdest du tatsächlich sagen: ›du solltest dringend in die psychiatrie.‹

X // ja, aber das sind doch zwei unterschiedliche fragen. depressiv zu sein, ist doch schon fast normal, alle meine freundinnen sind depressiv oder irgendwie borderline. aber stimmen hören oder so … ich kenn da niemanden. zumindest hat man es mir dann nicht gesagt. ich kannte eine person, die unter verfolgungswahn litt und das fand ich schon ziemlich krass. da hab ich bei mir gemerkt, dass ich angefangen hab über die so zu reden: ›die ist verrückt und sollte in 'ne klinik gehen.‹

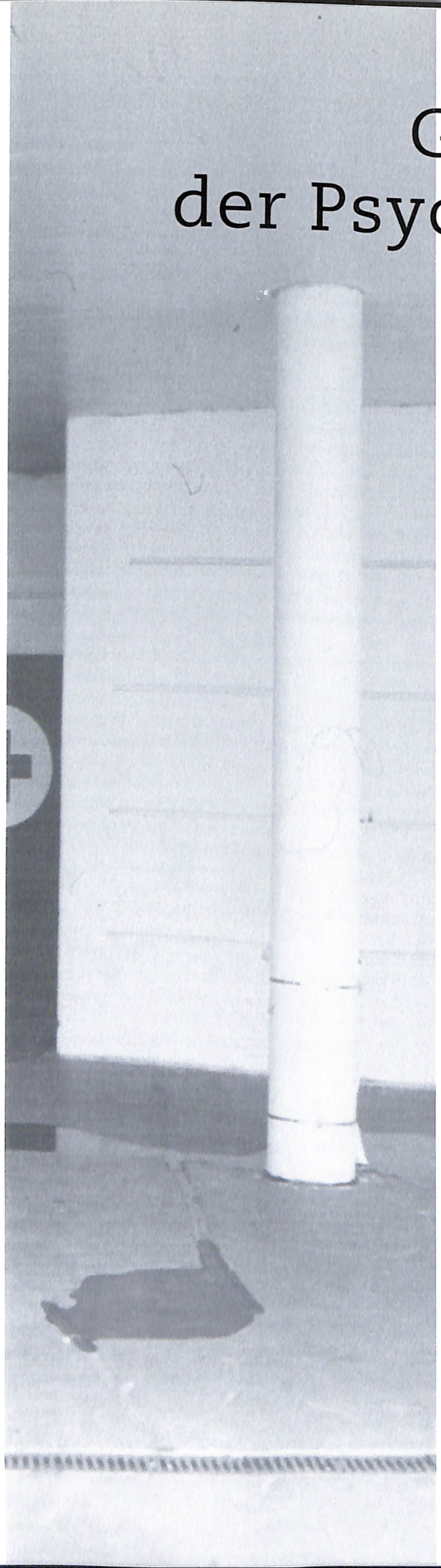
Y // ich find es aber immer noch 'ne künstliche trennung. klar, jeder ist manchmal traurig, aber so 'ne depression führt einen ja auch an grenzen. wieso ist das realistischer als stimmen zu hören?

ich mein, da hat man ja immerhin noch jemanden bei sich. ich weiß nicht, ob ich damit weniger gut umgehen könnte, als dauernd zu sagen: ›is' doch gar nicht so schlimm; is' doch gar nicht so schlimm‹ wobei man sich mit 'ner depressiven person meistens noch irgendwie unterhalten kann, was bei personen mit 'ner akuten psychose oft schwierig ist. da verschwimmen aber auch die grenzen.

X // also diese grenze zwischen ›da sind die normalen psychos‹ und ›da sind die unnormalen psychos‹, die funktioniert halt nicht immer und das ist doch gerade ein rückschritt gegenüber den '70er jahren, weil damals ja versucht wurde, diese klassische grenze zwischen neurose und psychose aufzulösen. also die psychoanalyse sagt: ›es gibt die neurose; das kann man heilen. und dann gibt's halt die durchgeknallten und da is' schluss, die kann man nur einsperren.‹

Y // ich bin nicht sicher, ob das aufgeht. der punkt ist ja, dass mit der zeit, die man aufbringt … das ist ja vergleichbar mit der psychiatrie selbst: um die belastung vom pflegepersonal abzumildern, wird dann eben gesagt: ›hau noch mal 20 miligramm von dem tanil drauf, dann machen wir die person platt‹ … und das sind eben auch die bedingungen, die die entscheidung im freund_innenkreis, jemanden einzuweisen, so enorm erschwert, weil man weiß, wie es da aussieht.

X // aber wir sind doch auch schon ausgegangen von der these
dass ein bestimmter strang, der in den 60er, 70er jahren ent-
standen ist, in den letzten jahren verloren gegangen ist. dass wi
von fall zu fall entscheiden, wenn die leute therapien machen
sollen und dass wir freundschaften mehr belasten wollen und
dieser ganze ›krankheit als waffe‹-teil ist weggefallen.
Y // ja und er befremdet mich auch total … also ganz persönlich
weil ›krankheit als waffe‹ ist ›leid als waffe‹. und was für ein iden-
tifikationspotenzial bietet schon leid? also ich finde, ›krankheit
als waffe‹ kann man nur subjektiv sagen, nur für sich. ich kann
nicht hingehen zu irgendjemandem und sagen: ›guck mal, du
bist zwar scheiße, aber das ist die beste voraussetzung dafür



Geschichte(n) der Psychiatriekritik

Michel Foucaults »Wahnsinn und Gesellschaft« ist mittlerweile ein Standardwerk in den Bücherregalen jeder gut informierten Linken. Die Kritik an der disziplinierenden Institutionen Psychiatrie und den normierenden Wirkweise von Psychotherapie, Analyse & Co. allerdings würden diesem Bild zufolge etwas verstaubt in den hinteren Reihen stehen; Kritik an der menschenrechtlich fragwürdigen Praxis der Zwangseinweisung, am Umgang mit Elektroschocktherapie und der erzwungenen Verabreichung von Medikamenten, dem entwürdigenden und entmündigenden Verhältnis von Mitarbeiter_innen zu Insass_innen psychiatrischer Einrichtungen scheint von der Agenda der aktuellen Politik verschwunden. Dabei steigt die Zahl der so genannten psychisch Erkrankten jährlich, der Anteil psychischer Erkrankungen an den Krankheitstagen hat sich seit 1990 verdoppelt und die Therapie- und Ratgeber_innenliteratur wohl vervierfacht.

Das geringe Interesse an psychiatriekritischen Themen mag zum Teil an der partiellen Umstrukturierung und Reformierung der psychiatrischen Einrichtungen liegen, die sich in letzter Zeit zu so genannten gemeindenahen Sozialpsychiatrien mit ambulanter Versorgung, betreuten Wohngemeinschaften, Tagesstätten und Anstalten entwickeln. Doch auch wenn die Situation in ›Irrenhäusern‹ teilweise verbessert wurde, blieb gleichzeitig das Problem der Institution an sich bestehen. Auch in eine gemeindenahe Psychiatrie werden Menschen gegen ihren Willen eingewiesen, es wird ihnen nahegelegt, eine Diagnose zu übernehmen und sich als krank zu bezeichnen, sie werden »wenn nötig« ans Bett fixiert, mit Medikamenten ruhig gestellt und rechtlich entmündigt.

Es scheint fast, als ob das Phänomen der Psychiatrie in die Gesellschaft hineingewachsen wäre. Angesichts der zunehmenden Psychologisierung der Gesellschaft verwundert es, dass in den aktuellen Analysen das Wissen und die Erfahrungen der psychiatriekritischen Bewegungen verschwunden sind. Es gibt zwar mit der IrrenOffensive, den Gruppen um das Weglaufhaus und den Überresten des SPK (Sozialistisches Patientenkollektiv) noch einige antipsychiatrische oder psychiatriekritische Gruppen, aber wenig Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen diesen und anderen linken Strömungen.

Ebenso scheinen Praxen und nicht normierende Formen des Umgangs mit psychischem Leidensdruck oder anderen Erfahrungs- und Ausdrucksweisen zu fehlen, und definitiv fehlt uns ein Alltagswissen, wie mit den Institutionen, Psychiatrien, usw. umzugehen ist. Doch warum ist es so leise geworden um die Psychiatriekritik, wenn doch ihre Erfahrungen auch für aktuelle Probleme produktiv gemacht werden könnten? Ein erster Versuch, diese Frage zu beantworten, soll hier mit einem schlaglichtartigen und damit sehr selektiven historischen Rückblick versucht werden. [1]

Rückwärtsblickend in die Zukunft schauen

Die heutige psychiatriekritische Bewegung sieht ihren Anfang mehrheitlich in den frühen 1960er Jahren. Der US-amerikanische Psychiater Thomas Szasz schrieb 1961 »The Myth of Mental Illness«, das die gesamte psychiatrische Diagnostik in Frage stellt und ihren willkürlichen Charakter aufzeigt. In Großbritannien richten sich Robert Laing und Aaron Esterson in ihrem berühmten Buch »Sanity, Madness and the Family« (1964) gegen Freuds Behauptung, dass bestimmte psychotische Störungen im Gegensatz zu Neurosen nicht behandelbar seien. Laing und Esterson legen klinische Beweise dafür vor, dass einige Formen der Schizophrenie durch mangelnde Kommunikation innerhalb des Systems Familie verursacht werden können. Ihre Kritik: Das konventionelle Psychiater_in-Patient_in-Verhältnis habe versäumt, die sozialen Lebensumstände der Patient_innen in Betracht zu ziehen. 1965 gründen Laing und eine Gruppe von zwanzig psychiatrischen Patient_innen eine therapeutische Hausgemeinschaft, das Kingsley Hall Therapeutic Center in Londons East End. Das Projekt währte fünf Jahre und wird fälschlicherweise oft mit LSD-Therapie in Verbindung gebracht. Laing gilt heute als einer der Begründer der Anti-Psychiatrie Bewegung – ein Begriff, den er selbst zeitlebens ablehnte.

Ein anderes historisch prominentes Beispiel des Widerstands gegen psychiatrische Institutionen ist die französische Klinik »La Borde«. Die »Clinique de la Borde« in Cour Cheverny wurde 1953 von dem Psychiater Jean Oury gegründet. Ourys Methode institutioneller Psychiatrie setzt bei der Aufhebung der formalen Unterscheidung zwischen Patient_innen und Mitarbeiter_innen an. Die Bewohner_innen können sich in der Einrichtung frei bewegen und beteiligen sich aktiv an der Instandhaltung des laufenden Betriebs der Klinik. Ab 1955 arbeitete Felix Guattari gemeinsam mit Oury in La Borde. Guattari betrieb dort die Recherchen für sein und Deleuze' Konzept der »Schizoanalyse«.

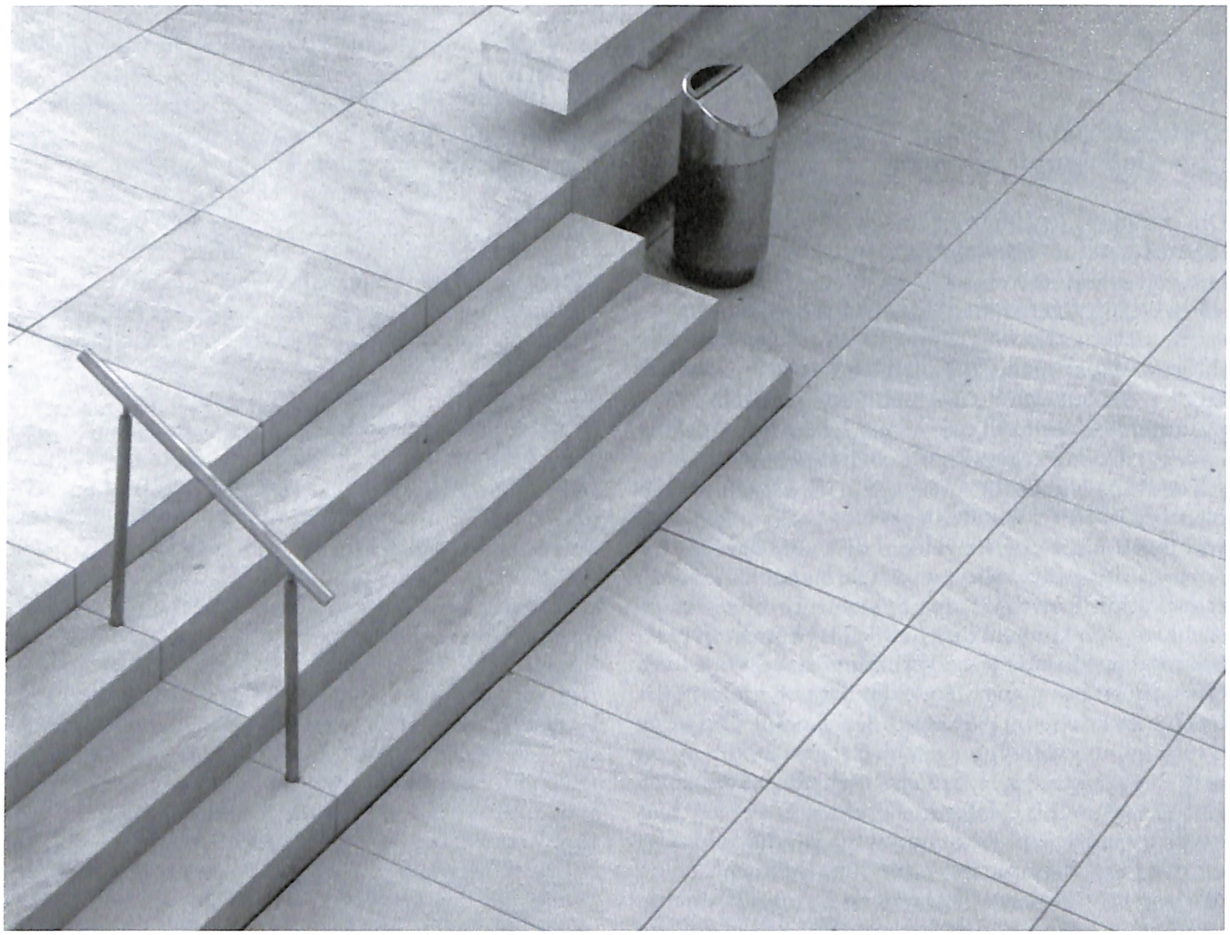
Die erfolgreichste psychiatriekritische Bewegung gab es in Italien. Hier wuchs seit den frühen sechziger Jahren die Kritik an der gesellschaftlichen Rolle der psychiatrischen Einrichtungen und den Zustände in den Kliniken. Die Bewegung sammelte sich vor allem um Franco Basaglia und erwirkte nicht zuletzt das Gesetz No. 1880 von 1978, das Neuaufnahmen in die Anstalten verbot und die allmähliche Auflösung aller psychiatrischen Anstalten (!) und den Aufbau alternativer Strukturen vorschrieb; auch Zwangseinweisungen wurden mit diesem Gesetz erheblich erschwert. Psychiatrieerfahrene oder Menschen mit Wahnsinnserfahrung leben seitdem teilweise in betreuten Wohngemeinschaften, in sozialpsychiatrischen Zentren und unterschiedlich gestalteten Kooperativen, in denen Psychiatrie, Betroffene und Gesunde zusammen arbeiten. Offensichtlich ist hier ein absoluter Vorrang von ambulanter Betreuung vor stationärer Behandlung festgeschrieben, die nur für den Notfall vorgesehen ist. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Krankenhaus liegt seit der Psychiatriereform von 1978 in Italien unter zwei Wochen. Wenngleich sich die Situation heute wieder verschlechtert und das Vorhaben, dass zwischen Wahnsinn und Gesellschaft zu vermitteln sei, in der letzten Zeit eine Verschiebung erfährt – hin zu einer Vermittlung der gesellschaftlichen Normalität bei den so genannten Wahnsinnigen – ist hier mit der faktischen Abschaffung der Psychiatrien ein Meilenstein gesetzt worden.

Von Bedeutung in Deutschland waren vor allem das *Sozialistische Patienten Kollektiv* in den sechziger und die *IrrenOffensive* in den achtziger Jahren. Die zwei sehr unterschiedlichen Ansätze von SPK und IrrenOffensive sollen im Folgenden näher betrachtet werden. Beide Gruppen kritisieren am System der psychiatrischen Behandlungen vor allem die Entmündigungen, die klinische Kategorisierung und Behandlung als das Moment, das ein Subjekt und seine individuelle Leidensgeschichte zum Objekt oder zum Teil einer (hegemonialen) Wissensproduktion macht. Doch die Kritik an objektivierendem Sprechen ist keine, die nur gegen die Welt der Psychiater_innen und Behörden gerichtet ist, sondern es ist ein Kampf, der auch Repräsentations- und Normierungsfragen innerhalb der Linken problematisiert. Das zeigt die Geschichte der Antipsychiatriebewegung, die immer das Sprechen über die »Irren«, über die Anderen, kritisieren musste.

So beschreibt ein Mitglied der Irrenoffensive in Berlin das Problem: »Die interviewten Betroffenen sprechen auch noch von einem anderen Grund, warum sie unter sich sein möchten: Sie haben Angst, ausgebeutet, zum Lernobjekt gemacht zu werden. Viele haben erfahren, dass die Normalen zwar Interesse zeigen, dass sie sogar nachfragen, dass aber das Verständnis fehlt, dass es für sie mehr eine Faszination oder ein Bedürfnis ist, sich mangels eigenen Erlebens und Lebens durch Anhören fremder Erlebnisse Befriedigung zu verschaffen; oder dass sie ihre eigenen Probleme verdrängen und sich auf Kosten der vermeintlich Schwachen, Irren stabilisieren möchten« (Stöckle 1983). Es ist zu befürchten, dass wir dieses hier angerissene Problem nicht lösen können: Sicherlich lässt sich hier keine den verschiedenen psychiatriekritischen Gruppen gerecht werdende Darstellung vorlegen, es soll aber versucht werden, sich vornehmlich auf Quellen von Mitgliedern der verschiedenen Gruppen zu beziehen.

Sozialistisches Patientenkollektiv

Entstanden ist das Sozialistische Patientenkollektiv (SPK) nach der Entlassung des kritischen Psychiaters Wolfgang Huber aus der Psychiatrischen Poliklinik Heidelberg im Februar 1970. Ihm wurde vorgeworfen, seine Gruppentherapie zur Aufhetzung der Patienten_innen gegen die Klinikleitung und zur politischen Agitation zu missbrauchen. 40 seiner Patient_innen solidarisierten sich mit ihm und erzwangen gemeinsam mit drei Kollegen Hubers durch die Besetzung des



Büros des Verwaltungsdirektors und der Androhung eines Hungerstreiks die Bereitstellung von vier Räumen in der Rohrbacher Straße in Heidelberg. Bereits am 2. März 1970 bezog das SPK die Räume, die ihm von der Universität zur Verfügung gestellt worden waren. Als Bedingung sollte Huber bis September 1970 die begonnen Behandlungen beenden, stattdessen schlossen sich jedoch immer mehr Patient_innen dem SPK an. Kurz vor seiner Auflösung sollen es ca. 500 gewesen sein, darunter neben Studierenden auch Arbeiter_innen, Schüler_innen und Angestellte, die sich im SPK täglich von 9 Uhr morgens bis 10 Uhr abends in Arbeitskreisen zu Themen wie Hegel'scher Dialektik, Marxismus, Psychoanalyse und Antipsychiatrie organisierten. Es gab Einzel- und Gruppentherapien (bzw. Einzel- und Gruppenagitationen), allerdings durfte nur therapieren, wer an mindestens einem Arbeitskreis teilnahm.

Die Grundidee des SPK zeigt sich in der »Patienten-Info Nr.1« vom Juni 1970, dort heißt es: »Genossen! Es darf keine therapeutische Tat geben, die nicht zuvor klar und eindeutig als revolutionäre Tat ausgewiesen worden ist.« Das was Krankheit genannt werde, sei eigentlich der »individuelle bewusstlose Ausdruck der Widersprüche im Kapitalismus«. Die einzige zweckmäßige Bekämpfung der Krankheit sei folglich die Abschaffung des privatwirtschaftlich-patriarchalischen Systems. Die Kranken sollten ihre scheinbare Schwäche Krankheit produktiv machen, indem sie ihr »bewusstloses Unglück in ein unglückliches Bewusstsein« verwandelten (vgl. Dokumentation zum SPK).

Um das weitere Schicksal des SPK entsteht in der folgenden Zeit ein Gutachter_innenkrieg, in dem der Rektor der Universität Rendtorff und die von ihm kontaktierten Wissenschaftler_innen sich für die Anerkennung des SPK als universitäre Einrichtung aussprechen, während der Chef der Universitätsklinik, Prof. Walter von Baeyer, die Behandlungsmethoden des SPK für schädlich hält und gegen eine Institutionalisierung des SPK an der Hochschule kämpft.

Als Minister Hahn im September 1970 der Universität die weitere Unterstützung des SPK untersagt, isoliert und radikalisiert sich das SPK immer stärker, beschimpft den Rektor der Universität als ›Judas‹ und vergleicht die eigene Situation mit jener der Juden im Dritten Reich. Da Huber und anderen SPK-lern Verbindungen zur RAF vorgeworfen werden, gibt es Hausdurchsuchungen und die Festnahme von acht Mitgliedern des SPK. Sechs davon werden wieder frei gelassen. Im Juli 1971 jedoch kommt es zu erneuten Durchsuchungen, bei denen Waffen, Munition und Sprengstoff gefunden werden. Wolfgang Huber, seine Frau und fünf weitere Mitglieder werden erneut verhaftet und zu mehrjährigen Haftstrafen verurteilt. Einige SPKler schließen sich danach der RAF an, das SPK ist am Ende. 1973 ruft Wolfgang Huber aus seiner Stammheimer Zelle die »Patientenfront« aus und wird 1976 aus der Haft entlassen. 1985 gründet sich in Mannheim die Gruppe »Krankheit im Recht«, die die SPK-Arbeit mit der Patientenfront fortführt und bis heute gegen die »Ärzteklasse« kämpft.[2]

Offensiv irre

Die *IrrenOffensive* gründete sich im Mai 1980 als autonome Gruppe für Psychiatriebetroffene in Berlin, und zwar explizit als Betroffengruppe, um nicht »wie üblich – von Psychiatern, Psychologen, Sozialarbeitern, Studenten usw. dominiert zu werden« (vgl. Stöckle 1983). Hier liegt auch der grundlegende Unterschied zum SPK, in dessen Logik es keine klare Unterscheidung zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen, zwischen Kranken und Nichtkranken gibt. Diese Schwerpunktverschiebung wird schon im Namen der neuen Gruppe sichtbar: Es ist ein Zusammenschluss von ›Irren‹, die sich selbstbestimmt und selbstbewusst zusammenfinden.

Das Widerständige und Aufmüpfige dieser neuen Gruppe wurde von vielen als ihr attraktivstes Moment angesehen. Der Bruch mit der Scham, Anonymisierung, der Vertuschung der Psychiatrie- und/oder Wahnsinnserfahrung wurde als große Befreiung verstanden. Es wurde versucht, in die Offensive zu gehen, statt sich ins Private oder bloß Therapeutische zurückzuziehen. ›Offensiv irre‹ zu sein, bedeutete zuerst einmal die Erfahrung, außerhalb des Irrenhauses mit anderen Irren mündig und selbstbestimmt zu leben, Erfahrungen auszutauschen, am Beispiel von anderen eine Vorstellung von selbstbewusstem Irresein zu entwickeln, und nicht zuletzt, Hilfe und Unterstützung bei der Absetzung von Psychopharmaka zu bekommen. Die Kriterien, welche die IrrenOffensive für anti- und nichtpsychiatrische Selbsthilfe setzte, waren Solidarität untereinander, eine kritische Distanz zum Krankheitsbegriff, die Befreiung aus dem psychiatrischen Einfluss sowie ein Abbau von Machtverhältnissen innerhalb der Gruppe.

Die ›Verrückten‹ sollten in der IrrenOffensive fähig werden, beides zu leben: das Normale und das Verrückte. »Dadurch entsteht ein ganz neues Selbstwertgefühl – das Bewußtsein, beides zu können: verrückt sein und arbeiten zu können, verrückt sein und Verantwortung übernehmen zu können ... verrückt und selbstbewußt, verrückt und glücklich sein zu können« (vgl. Stöckle 1983).

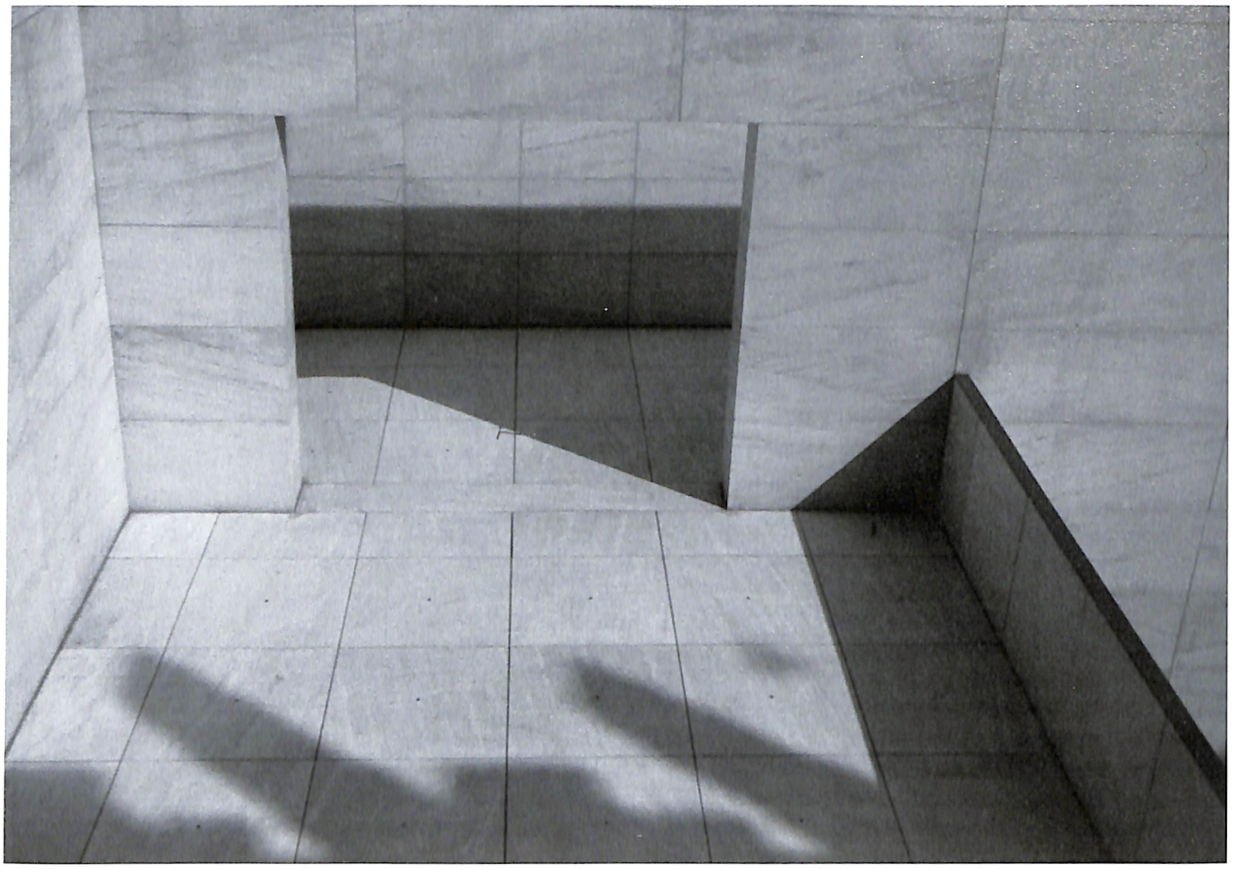
Zu Beginn wurde alles, also der Austausch über die Psychiatrieerfahrung und/oder Wahnsinnserfahrung, Fürsorgearbeit sowie Orgakram im wöchentlichen Plenum besprochen. In der Anfangszeit hatte die IrrenOffensive mit unterschiedlichsten organisatorischen Problemen zu kämpfen: Zum einen vergrößerte sich die Gruppe ständig und das schuf ein Platzproblem, zum Anderen gab es finanzielle Probleme und eine nicht unbegründete Angst vor staatlichen Repressionen. Als im ersten Jahr ein Mitglied der IrrenOffensive »ausrastete« und für drei Tage in die Psychiatrie eingewiesen wurde, stellte sich die Frage nach den Grenzen und Möglichkeiten des wöchentlichen Plenums. Aufgrund dieser Erfahrung wurden Kleingruppen gegründet, die in kleinerem Rahmen versuchten, die Probleme zu lösen und Krisen durchzustehen oder konkrete Hilfe bei Behördengängen, Rechtsstreitigkeiten oder der Absetzung von Psychopharmaka zu leisten.

Die ersten politischen Auseinandersetzungen fanden, laut Stöckle, um die Frage der politischen Aktion und Intervention statt. In den Debatten darum, wie ›offensiv‹ politisch umgesetzt werden sollte, stellte sich der IrrenOffensive viel stärker noch als anderen Gruppen die Frage nach den Kapazitäten und Grenzen politischer Aktion und Intervention. Es war klar, dass die IrrenOffensive langfristig nur dann etwas ändern konnte, wenn sie auch nach außen offensiv wurde, wenn sie die Zwangsverhältnisse in den Psychiatrien skandalisierte und ihre Erfahrungen öffentlich machte, um die hegemoniale Vorstellung von Normalität versus Wahnsinn zu bekämpfen.

Aber schon hier stellten sich Fragen, die wie altbekannte Probleme auch anderer linken Gruppen klingen: Wer ist stark genug, wer ist stabil oder selbstdiszipliniert genug, politische Lobbyarbeit zu betreiben, Texte zu schreiben, seine oder ihre persönliche Leidensgeschichte in einem öffentlichen Prozess aufzuarbeiten oder im Plenum die politischen Forderungen mitzubestimmen? Wie konnte überhaupt politisch gearbeitet werden, wenn der Umgang mit den Psychosen und anderen Problemen der Mitglieder an sich schon aufreibend genug war? Viele gerade aus der Psychiatrie Entlassene hatten eher mit sich selbst zu tun und nicht das Bedürfnis, über ihre Probleme zu reden. In den Kleingruppen gab es immer wieder Konflikte ob der Fürsorgeökonomien: Manche Mitglieder forderten so viel Zuwendung und Betreuung, dass sie Andere permanent in die ›Therapeut_innenrolle‹ drängten, und andere, die sich stabilisiert hatten, wollten ihre Psychos und ihre Leidensgeschichte nicht wieder aufrollen, wenn jemand neu in die Gruppe kam. Gleichzeitig waren nicht alle an dem Punkt, sich ›selbstbewusst irre‹ zu fühlen, es gab solche, die Angst hatten vor sich selbst, eventuell therapiert oder ruhig gestellt werden wollten etc. Um zu verhindern, dass Leute wieder eingewiesen wurden, musste eine Betreuung rund um die Uhr organisiert werden, und auch dafür brauchte es Kapazitäten.

Das im Rückblick Interessante sind die Versuche, die internen Machtstrukturen und Probleme in der Kommunikation zu reflektieren und zu verändern: Es war ganz klar, dass niemand gezwungen werden sollte, sich einzubringen und seine/ihre Psychos zu bearbeiten, ebenso wenig wie es darum gehen konnte, sich permanent um andere zu kümmern. Viele Debatten befassten sich mit einem internen Grenzenziehen und der Notwendigkeit, bestimmte Rollen abzuwehren, in die man oder frau gedrängt wurde: »Das hängt auch wieder damit zusammen, dass die Leute alle verrückt sind, dass alle genau spüren, dass das ganze Mackertum, das Vorne-, Oben-, Untensein Rollen sind, dass die jeder spielen kann« (Bernd in: Stöckle 1983).

Die Erkenntnis der eigenen Grenzen führte zu dem Wunsch, nach niederländischem Vorbild ein selbstorganisiertes *IrrenHaus*, ein Weglaufhaus, zu gründen. Dabei ergaben sich neue Streitpunkte, etwa über die Finanzierung, und Debatten um Radikalität vs. Pragma-



tismus. Im Laufe der Gründung des Weglaufhauses kam es wohl vor allem deshalb zur Spaltung der Gruppe, ob ein Einbezug von Professionellen (also Sozialarbeiter_innen oder Psychotherapeut_innen) nötig sei. Die so genannte »Weglaufhausgruppe« gründete die Villa Stöckle, ein selbstorganisiertes Weglaufhaus, das heute vom »Verein zum Schutz vor Psychiatrischer Gewalt« getragen und von der Stadt Berlin unterstützt wird. Aber auch der Teil, der sich IrrenOffensive nennt, existiert noch immer: er publiziert Texte und macht Veranstaltungen.[3]

Natürlich haben sich im Lauf der Zeit viele Positionen oder auch der Sprachgebrauch von IrrenOffensive und Weglaufhausgruppe verändert. Vor allem letztere revidierte bestimmte Vorstellungen des Selbsthilfeansatzes der 1980er, drei davon sollen zum Schluss exemplarisch vorgestellt werden (vgl. Lehmann 1992). Zum einen veränderte sich die Vorstellung eines gemeinsamen Interesses aller Zwangs-Behandelten, da erkannt wurde, dass auch ein Interesse nach Ruhigstellung, nach der Abgabe von Verantwortung, das Bedürfnis, sich nicht politisch mit dem eigenen Psychiatrieaufenthalt auseinanderzusetzen, ernst genommen werden mussten. Zum anderen lässt sich eine zunehmende Desillusionierung, eventuell auch eine politische Entlastung in der (Selbst-)Einschätzung der antipsychiatrischen Selbsthilfe feststellen: »Wieso sollten Psychiatrie-Betroffene von vornherein und ausnahmslos aneinander interessiert sein, solidarisch, mitfühlend, kritikfähig und fähig zu ›echten menschlichen Beziehungen‹ sowie zu offener Auseinandersetzung?« (ebd.)

Ebenso wurde die Vorstellung, dass nur in der autonomen Selbsthilfe Konflikte aufgelöst werden können, teilweise neu bewertet und durch die Forderung nach kritischer Reflexion von therapeutischer Hilfe, nach der Schaffung von Räumen der Entlastung und des Schutzes und nach dem Schutz vor Entmündigungen durch Patient_innentestamente ergänzt.

Dieser kurze Durchgang durch psychiatriekritische Geschichte(n) bleibt notwendig ein fragmentarischer. Auch die Antwort auf die Frage, warum es um die Psychiatriekritik leiser zu sein geworden scheint, ist bis hierhin nicht beantwortet, muss sie aber vielleicht gar nicht. Dieser kurze historische Überblick sollte eher einladen, die Fragen und Probleme neu aufzunehmen, die immer wieder diskutiert wurden, und die alten Debatten hinsichtlich ihrer Bedeutung für aktuelle Fragen zu untersuchen.

An den Erfahrungen der italienischen Psychiatriekritik zeigt sich, dass mit der Abschaffung der Psychiatrien die eigentliche politische Arbeit gerade erst beginnt, dass es Ansätze wie z. B. des Weglaufhauses oder des Vereins *Support*[4] in Berlin braucht. Betrachtet man SPK und IrrenOffensive, so findet man mit dem SPK eine Gruppe, die der politischen Annahme folgt, dass es die Gesellschaft ist, die krank macht, und dass das eigentlich Emanzipatorische das ›Kranke‹ und ›Verrückte‹ ist. Gerade wenn in postfordistischen Arbeits- und Lebensverhältnissen noch die Depression oder die eigene Psychoanalyse produktiv gemacht werden können, liegt eine besondere Bedeutung in dieser Erkenntnis, dass es sich hierbei nicht um individuelle, sondern gesellschaftliche Probleme handelt, dass es die Gesellschaft ist, die krank macht. Auch in der Geschichte

der IrrenOffensive und des späteren Weglaufhauses wurde die Frage von Psychiatriebetroffenheit und Unterstützer_innen, das Verhältnis zu anderen politischen Gruppen immer wieder verhandelt, ohne diese Debatte vollkommen abschließen zu können.

Die Negierung der unterschiedlichen Erfahrung von Psychatriebetroffenen, von in der Psychiatrie Beschäftigten und von Menschen ohne Psychiatrieerfahrung in der Praxis des SPK bot, verschärft durch die politischen Repressionen, Nährboden für neue Ausschlüsse. Es wäre also weiterhin die Frage, wie man Menschen mit psychischen Leiden und/oder Psychiatrieerfahrung begegnet und hilft, ohne ein neue Grenze zwischen Wahnsinn und Vernunft zu ziehen. Vor diesem Hintergrund wären dann auch die eigenen (linken) Praxen nach normierenden und ausschließenden Momenten zu untersuchen. Ebenso ließe sich in den Materialien der Irrenoffensive oder der SPK nach Ansätzen für den Umgang mit ›persönlichen‹ Problemen innerhalb politischer Gruppen suchen.

In Bezug auf den politischen Umgang mit dem Leiden an gesellschaftlichen Verhältnissen müssen neue Verhandlungen über Ausschlüsse, Bedürfnisse, Grenzen, Überlastungen, politische Dringlichkeiten geführt werden, um jenseits von moralisierenden oder normierenden Momenten Möglichkeiten für neue Praxen zu entwickeln und zu leben.

AG Depressive Archäologinnen

***.notes**

#1 Der Artikel basiert auf unseren Recherchen zu der Veranstaltung »Versuch über die Befreiung – oder kann Psychotherapie/Psychiatrie etwas mit dem guten Leben zu tun haben?« im Rahmen der Veranstaltungsreihe »Das gute Leben«, die der Verein *DemoPunK e.V.* im November 2006 im Frankfurter »Institut für vergleichende Irrelevanz« durchführte.

#2 www.spkpfh.de

#3 www.irrenoffensive.de

#4 www.weglaufhaus.de

***.ref**

Ronald D. Laing/A. Esterson: Wahnsinn und Familie – Familien von Schizophrenen. Köln 1975, Kiepenheuer und Witsch.

Tina Stöckle: Die Irren-Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieopfern. Frankfurt am Main 1983, Extrabuch-Verlag

Peter Lehmans Einleitung zum Wiederabdruck von 2 Kapiteln aus Tina Stöckles Buch von 1983, von 1992 (http://www.kulturkritik. net/ Psychiatrie/text_psychiatrie.html; zuletzt gesehen am 5. 2. 2007)

Peter Lehmann: Zum Davonlaufen. Wie die Weglaufhausgruppe entstand. (http://kulturkritik.net/Psychiatrie/index.html; zuletzt gesehen am 5. 2. 2007)

Dokumentation-Heidelberg-Patientenkollektiv: Dokumentation zum Sozialistischen Patientenkollektiv Heidelberg SPK1, Gießen 1971-72

X // aber wir sind doch auch schon ausgegangen von der these, dass ein bestimmter strang, der in den 60er, 70er jahren entstanden ist, in den letzten jahren verloren gegangen ist. dass wir von fall zu fall entscheiden, wenn die leute therapien machen sollen und dass wir freundschaften mehr belasten wollen und dieser ganze ›krankheit als waffe‹-teil ist weggefallen.

Y // ja und er befremdet mich auch total ... also ganz persönlich. weil ›krankheit als waffe‹ ist ›leid als waffe‹. und was für ein identifikationspotenzial bietet schon leid? also ich finde, ›krankheit als waffe‹ kann man nur subjektiv sagen, nur für sich. ich kann nicht hingehen zu irgendjemandem und sagen: ›guck mal, du bist zwar scheiße, aber das ist die beste voraussetzung dafür, in den politischen kampf zu gehen.‹ das ist echt ekliger zynismus.

X // aber wenn man das umdreht, hieße es doch: heroismus, heldentum, mackerhaftigkeit als voraussetzung für politischen kampf.

Y // nein, wenn man ›krankheit als waffe‹ anerkennen würde, dass wäre heroismus. wenn man sagen würde: ›ich werde mich umbringen‹, würde es einen zum besten linksradikalen machen.

X // aber ich meine, so wie gerade über ›krankheit als waffe‹ diskutiert wird, ist es doch grad das, was man unter ›krankheit‹ versteht und nicht, dass man leidet und seine verluste, sein scheitern und sein unglücklichsein thematisiert, ohne es dadurch zu objektivieren. es geht doch nicht darum das zu einer waffe, in dem Sinne, dass man damit zustechen kann zu machen ... sondern die tatsache, dass man sich das eingesteht, und damit umgeht und politisiert, dass man leidet. dadurch objektiviert man es doch nicht gleich.

ich finde, da steckt so was drin ... ich will damit nur sagen, dass das jeder für sich selbst entscheiden muss und man daraus keine norm machen kann. man kann nur für sich selbst die erfahrung machen, dass man sich über so 'ne leidens- und krankheitserfahrung politisiert und dann vielleicht sachen noch mal anders betrachtet. und für sich selbst dann merkt, puh das hat ja ganz schön was mit dem patriarchat zu tun und ist deshalb eventuell noch mal doppelt scheiße. aber man kann das nicht so total entscheiden, weil dann wird das noch mal total gruselig ... und dann würde ich nach wie vor immer noch 'nen den großen einsatz für therapie, für pillen für alles was dafür sorgt, dass es dir im moment nicht scheiße geht, haben.

X // ich bin die ganze zeit am überlegen, wie man die zwei punkte zusammendenken kann: das mit der normativitätskritik und das mit der ›krankheit als waffe‹ und wie das dann konkret aussehen könnte. also ich habe so zwei beispiel im kopf: einmal 'ne person, die einfach nur noch abkackt und kifft und säuft, zu hause abhängt und super depressiv ist, und 'ne andere person, die z. b. die ganze zeit sagt: ›oh man scheiß, ich hab überhaupt keine zeit und ich muss das und das machen. und ich hab' jetzt celullites, die muss ich jetzt bekämpfen und hier fühle ich mich zu dick, da muss ich auch was dagegen tun und das muss ich auch noch irgendwie tun.‹ und man leidet unentwegt, aber es passiert an dieser stelle gar nicht mehr. der punkt, wo man diesen magischen kreis, in dem man gefangen ist, durchbrechen kann. wo man sagen kann: ›moment ...‹

und das ist der punkt. diese scheißgesellschaft, die mich die ganze zeit auffordert, diesen normen zu gehorchen. und das ist vielleicht der punkt, an dem man das dreht, das man sagt das ist die krankheit. die norm ist die krankheit, krankhaft ist es normal sein zu wollen, normal sein zu müssen, das ist das, was uns krank macht. während es viel gesünder wäre den ganzen tag zu hause zu bleiben und zu kiffen. jetzt mal so schematisch gesprochen, das wäre der punkt, wo man das zusammendrehen könnte.

Ticks und Trips

Freundschaftsnetzwerke sind häufig überlastet mit dem Leiden, den Überforderungen oder dem Ausrasten von Freund_innen und dies hat sicher auch mit der allgemeinen Verschlechterung der Lebensbedingungen zu tun. Wer fertig studieren muss, bevor die Studiengebühren kommen, wer ein Praktikum nach dem anderen machen muss, um seine eigene Reproduktion in der Zukunft zu sichern und wer nach einem Monat ALG II das erste miese Jobangebot auf dem Tisch hat, der hat nur begrenzte Ressourcen für »care«-Tätigkeiten.

Diese Fürsorge und »care«-Arbeit ist meistens auch noch geschlechtsspezifisch verteilt und wird daher von sich immer mehr überfordernden Freund_innen geleistet. Gleichzeitig ist der Diskurs um individuelle Traurigkeiten in der Linken, um die Psychiatrieerfahrungen von Genoss_innen, Gefühle von Überforderung mit depressiven Freund_innen und der eigenen Verzweiflung in den letzten Jahren fast vollständig an den WG-Küchentisch verbannt und damit individualisiert worden.

Ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit oder der »Autorität« einer medizinischen oder psychotherapeutischen Ausbildung wird im Folgenden versucht, einige Fragen zum Thema Psychotherapie, psychiatriekritische Institutionen, Psychopharmaka, Elektroschocktherapie und Patient_innenverfügung zu beantworten.

Psychotherapien

Wenn man eine gute Therapeut_in findet, dann trägt eine Therapie in der Regel zu einer Besserung des Wohlbefindens, einem Abbau von Ängsten, einer Minderung psychosomatischer Leiden und einer Erhöhung der Handlungsfähigkeit bei. Hier einige Antworten auf *frequently asked questions*.

Welche Therapieformen werden von der Krankenkasse übernommen?

Die Krankenkassen übernehmen im Allgemeinen nur die Kosten für eine psychoanalytische Therapie (160 bis maximal 300 Sitzungen), eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie (25 bis maximal 100 Sitzungen) oder eine Verhaltenstherapie (25 bis 80 Sitzungen). Bei privaten Krankenversicherungen ist das sehr unterschiedlich, weswegen es sinnvoll ist, sich vorher genau über die jeweilige Kostenübernahme zu informieren. Andere Therapieformen wie beispielsweise die Gesprächspsychotherapie, die Gestalttherapie und die systemische Familientherapie werden von den Kassen bisher generell nicht übernommen. Hier gibt es aber die Möglichkeit der Kostenerstattung bei Unterversorgung, das heißt: Falls erst nach einer mehrmonatigen Wartezeit ein Therapieplatz in der Nähe gefunden wird, kann von der Krankenkasse verlangt werden, dass sie die Behandlung durch eine Therapeut_in bezahlt, die zwar eine Berufszulassung, aber keine Kassenzulassung besitzt. In diesem Fall muss unbedingt vor Beginn der Behandlung ein Antrag auf Kostenübernahme bei der Krankenkasse gestellt werden.

Wenn man eine von seiner Krankenkasse übernommene Therapie abgeschlossen hat, dauert es mindestens zwei Jahre, bevor die Kasse eine weitere Therapie übernimmt.

Welche Therapieformen gibt es überhaupt?

Wenn dann der unangenehme Teil der Klärung einer generellen Kostenübernahme durch die jeweilige Krankenkasse geklärt ist, stellt sich ein neues Problem: Wie komme ich an eine Therapeut_in und welche Therapie ist für mich die »richtige« und wodurch unterscheiden sich diese überhaupt?

Psychoanalyse oder psychoanalytische (Psycho-)Therapie

Leitidee bei der Psychoanalyse ist, dass sich hinter der wahrnehmbaren »Oberfläche« von Verhaltensweisen, aber auch hinter Normen und Werten einer kulturellen Gemeinschaft oft unbewusste, dem Ich nicht ohne weiteres bewusst zugängliche Bedeutungen verbergen (Unbewusstes), die sich mit Hilfe der psychoanalytischen Konzepte und Methoden, wie z. B. das freie Assoziieren, Übertragung/Gegenübertragung, (Traum-)Deutung jedoch aufdecken lassen und verständlich werden. Dies geschieht nicht durch ein bestimmtes Training, sondern durch das Erreichen eines tieferen Verständnisses der ursächlichen Zusammenhänge des Verhaltens. Es geht hier aber nicht wesentlich um eine rationale Einsicht in die Zusammenhänge, vielmehr wird eine teilweise Umstrukturierung des Gefühlslebens in denjenigen Bereichen angestrebt, die zur Aufrechterhaltung »psychopathologischer Elemente« (Symptome, Persönlichkeitseigenschaften) beitragen.

Die klassische Psychoanalyse findet über einige Jahre hinweg drei- bis fünfmal wöchentlich statt, wobei die Analysand_in meist auf einer Couch liegt und möglichst unzensiert alles äußert, was ihr gerade durch den Kopf geht. Die hinter ihr sitzende Analytiker_in hört mit einer Haltung gleichschwebender Aufmerksamkeit zu und teilt der Analysand_in die während des psychoanalytischen Prozesses gewonnenen Erkenntnisse mit (»Deutung«), wann immer sie dies für günstig hält. Vor allem versucht die Analytiker_in, die sich in der Beziehung zu ihr einstellenden Übertragungen und Gegenübertragungen typischer emotionaler Muster der Analysand_in aufzuspüren und ihre Bedeutung innerhalb der Psychodynamik der Analysand_in zu interpretieren, um sie einer Veränderung zugänglich zu machen.

Tiefenpsychologische Therapieformen

Neben der »großen« psychoanalytischen Therapie sind heute kürzer dauernde tiefenpsychologische Therapieformen weit verbreitet, wie beispielsweise die psychoanalytische Fokaltherapie, bei der versucht wird, ein zentrales Problem mit relativ wenigen Sitzungen zu behandeln, oder auch die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die populärste Form der Gesprächstherapie. Psychoanalyse und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie beziehen sich zwar auf einen gemeinsamen theoretischen Hintergrund, unterscheiden sich aber in Form, Dauer und Ziel der Behandlung. Die Patient_in liegt nicht auf der Couch, sondern sitzt der Therapeut_in gegenüber und die Sitzungen finden in der Regel einmal wöchentlich statt.

Gegenüber der Psychoanalyse kann sie den Vorteil haben, dass ihr manchmal auch nur kurzer Verlauf eher mit den alltäglichen Anforderungen vereinbar ist bzw. dass sie eher darauf ausgerichtet ist, eine konkrete, auch kurzfristig wirksame Unterstützung in psychischen Krisen zu gewähren.

Empfehlenswert ist eine Gesprächstherapie z. B. für jene, die aufgrund welcher Umstände auch immer maximal einmal die Woche und für einen eher kurz- bis mittelfristigen Zeitraum therapeutisch Hilfe in Anspruch nehmen möchten.

Bei psychoanalytisch ebenso wie bei tiefenpsychologisch orientierten Therapieformen sollen durch die Bewusstmachung der eigenen »Muster« und Grundkonflikte und die Kenntnis der eigenen psychischen Strukturen die Handlungsoptionen der Klient_in erweitert werden.

Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie (VT) beruht auf eigenen theoretischen Konzepten, der psychologischen Lern- und Verhaltenstheorie. Sie vermeidet das Konzept des Unbewussten weitgehend, beachtet die Übertragung in der therapeutischen Situation weniger und erklärt die Entstehung psychischer Störungen durch falsches Lernen und Verstärkungsmechanismen. Vielfach wird in der Verhaltenstherapie mehr mit konkreten Anweisungen und festen Programmen gearbeitet. Charakteristisch für die VT ist die Konzentration auf gegenwärtige statt auf vergangene Handlungsdeterminanten. Somit liegt der Schwerpunkt auf beobachtbarem Verhalten und dessen schneller und effizienter Veränderung und nicht auf der Betrachtung der Ursachen für ein Leiden, was zu einer Symptomverschiebung führen kann. Die VT unterscheidet sich von der Psychoanalyse durch zwei wesentliche Annahmen: Es wird angenommen, dass Verhaltensweisen erlernt werden, und zugleich folgen die Verhaltenstherapeut_innen streng empirischen Methoden; nur was empirisch nachweisbar ist, hat Bestand.

Wie finde ich eine Therapeut_in?

Es gibt verschiedene Wege, zu einer Therapeut_in zu kommen. So zum Beispiel durch eine direkte Empfehlung von Freund_innen oder Bekannten. Dabei ist zu bedenken, dass nicht jede Person mit derselben Therapeut_in klarkommt und die richtige Wahl hauptsächlich auf Sympathie beruhen sollte.

Eine weitere Möglichkeit, gerade für die Verhaltenstherapie, sind die Gelben Seiten. Etwas weniger anonym, dafür vielleicht aber auch etwas vertrauenswürdiger ist der Weg in die Ambulanz des Sigmund Freud-Insituts (www.sigmund-freud-institut.de) oder des Frankfurter Instituts für Psychoanalyse (www.fpi.de). Auf der jeweiligen Homepage sind die Kontaktadressen und eine Liste von niedergelassenen Analytiker_innen mit Adressen und Telefonnummern in Frankfurt und Umgebung zu finden. Der Nachteil beim selbstständigen Suchen einer Therapeut_in nach der Liste besteht darin, dass vorher nicht klar ist, wer gerade einen Therapieplatz frei hat und es manchmal etlicher Telefonate bedarf, um an einen freien Platz zu kommen. Noch dazu haben Analytiker_innen meistens nur zehn Minuten vor der vollen Stunde ihre Sprechzeit, da ansonsten die Sitzungen stattfinden, und sind daher auch schwer zu erreichen. Über die Ambulanz kann man erfahren, welche Therapeut_in gerade einen Platz frei hat. Die Sitzungen in der Ambulanz werden übrigens auch von der Krankenkasse gezahlt.

Beim ersten Telefonkontakt mit einer Therapeut_in ist es meist nur notwendig, nach einem Termin für ein Erstgespräch zu bitten. Das ewige Überlegen nach der richtigen Formulierung für die eigenen Probleme und die Frage, ob diese überhaupt »ernst genug« sind, ist also gar nicht notwendig. Sinnvoll ist es aber zu fragen, ob mit einer Wartezeit für einen Therapieplatz gerechnet werden muss. Wenn dies der Fall ist, kann entweder weitergesucht werden oder der Termin trotzdem wahrgenommen werden, ist einem die Person schon am Telefon sehr sympathisch. Es können auch mehrere Erstgespräche bei Therapeut_innen vereinbart und wahrgenommen werden, um auf Nummer Sicher zu gehen und bei jeder Therapeut_in können wiederum mehrere Vorgespräche geführt werden. Zu bedenken ist hier, dass es etwas verwirrend und anstrengend sein kann, mehrere Erstgespräche zu führen, da diese ja schon mehr oder weniger intensiv sind. Vielleicht ist hier ein Kompromiss sinnvoll: Erst eine zweite oder dritte oder vierte Therapeut_in kontaktieren, wenn das erste Gespräch aus irgendwelchen Gründen nicht besonders angenehm war und man irgendwie nicht so sicher ist, ob dies die richtige Person ist und man daher einen Vergleich möchte. Es ist sinnvoll, in der ersten oder zweiten Sitzung abzuklären, wie die Therapeut_in es mit der Frequenz der Sitzungen hält, d. h. ob sie nur eine dreistündige Analyse macht (also drei Sitzungen wöchentlich) oder auch eine niedriger frequente und wie es mit dem Absagen oder Verschieben von Sitzungen aussieht. Viele Analytiker_innen führen (manchmal nur zeitweise) auch einstündige Analysen durch, die dann mit der Zeit höher frequentiert werden können.

Das Wichtigste ist aber, ob man sich tatsächlich vorstellen kann, mit dieser Person eigene Probleme und Konflikte durchzuarbeiten. Daher ist es notwendig, auf das eigene Gefühl beim ersten Kontakt zu achten. Manchmal wird dann z. B. nur das Behandlungszimmer als ganz gruselig empfunden oder die Therapeut_in zu kalt oder zu sachlich oder auch das Gegenteil oder zu konservativ, zu unpolitisch, zu wenig linksradikal usw. Die Frage hier ist, inwiefern die Einstellungen der Therapeut_in mit den eigenen übereinstimmen müssen für eine gelingende Analyse. Dies kann in bestimmten Fällen eine mehr oder weniger große Rolle spielen.

Ist nun eine Entscheidung für Therapieform und Therapeut_in getroffen, muss für den Konsiliarbericht noch ein kurzer Besuch bei einer Ärzt_in gemacht werden, die bestätigt, dass keine körperlichen Krankheiten der Grund für die psychischen Probleme sind. Der Ärzt_in erzählt man kurz, warum man eine Therapie beginnen möchte. Man sollte allerdings nichts darauf geben, was diese dann als Diagnose in den Konsiliarbericht schreibt, und das wird auch die Therapeut_in nicht tun. Also nicht erschrecken, falls man seine Diagnose zu sehen bekommt. Diagnosen psychisch bedingter Leiden sind ohnehin Labels von Konstruktionen. Selbst die Diagnosen, die die Analytiker_innen formulieren, sind meist nur dazu da, eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse zu gewährleisten.

Treten während der laufenden Therapie Verunsicherungen oder Irritationen aufgrund des Verhaltens der Therapeut_in auf, ist es wichtig, den Austausch mit anderen zu suchen, um klarzustellen, inwiefern das Handeln der Therapeut_in noch im professionellen Rahmen verläuft. Bei Übergriffigkeiten oder anderen Formen von Unprofessionalität kann man die Beschwerde- und Schlichtungsstelle des Verbandes kontaktieren, in dem die jeweilige Therapeut_in Mitglied ist. Adresse und Informationen hierzu gibt es über folgenden Link: www.antipsychiatrieverlag.de/info1/therapie. htm.

Psychopharmaka

Wenn über Psychopharmaka gesprochen wird, muss zuerst die Zwangssituation und die gesellschaftliche Bedeutung der Verabreichung bedacht werden. Denn der eigentliche Skandal der Psychopharmaka ist, dass Menschen in einer schwierigen Lebenssituation durch psychischen Druck – in Psychiatrien mitunter gar ohne ihr Wissen – mit Medikamenten behandelt und ruhig gestellt werden. Ein anderer Fall sind Menschen, die mit Schlafstörungen oder Panikattacken zur Hausärzt_in gehen und dort Psychopharmaka verschrieben bekommen, ohne über mögliche psychische Ursachen für die Symptome aufgeklärt oder auf etwaige Therapien aufmerksam gemacht zu werden. Besonders problematisch ist diese Praxis aktuell in Bezug auf die stark angestiegene Verschreibung von Ritalin bei Kindern, bei denen ADS oder ADHS diagnostiziert wurde.

Auf der anderen Seite können Psychopharmaka kurzfristig Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit teilweise wiederherstellen. »Bewusst« eingenommen können sie das aktuelle Leiden vielleicht besser ertragen lassen als Alkohol oder andere Drogen, sie setzen aber genauso nur bei den Symptomen und nicht den Ursachen an.

Psychopharmaka existieren seit den frühen 1950er Jahren. Erfunden wurden sie »zufällig«, als bei der Erforschung von Antihistamika (antiallergische Mittel) ermüdende und beruhigende Wirkungen festgestellt wurden. Obwohl sich die pharmakologische Literatur uneinig ist über die verschiedenen Wirkungsweisen und Einteilungen, lässt sich grundsätzlich unterscheiden zwischen Schlafmittel, Tranquilizer (bzw. Beruhigungsmittel), Neuroleptika und Antidepressiva.

Der Diskurs um Psychopharmaka ist beeinflusst von den ökonomischen Interessen der Pharmaindustrie, die eine angemessene Aufklärung über Nebenwirkungen oftmals

vernachlässigen; viele Medikamente kommen wegen fataler Nebenwirkungen gar nicht auf den Markt oder werden wegen ihrer Nebenwirkungen schnell wieder eingestellt.

Psychopharmaka sind aber auch ein nicht wegzudenkender Teil der psychiatrischen Anstaltsökonomie. Sie werden in der entmündigenden, entrechtenden Situation der Anstaltsinsass_innen »verabreicht«, weil in den chronisch unterfinanzierten Psychiatrien ohne die so genannte »Anstaltsanpassung« durch Medikamente kein »geregelter Betrieb« möglich wäre.

Die gängigen (Neben-)Wirkungen von Psychopharmaka sind eine Dämpfung der Gefühle, Apathie, Libidoverlust und Impotenz. Grundsätzlich gilt, dass Psychopharmaka kurzfristig beruhigen und Ängste lindern. Sie bekämpfen aber nur Symptome, nicht deren Ursachen. Bei längerer Anwendung rufen sie selbst neue Symptome hervor. Neben den psychischen Gefahren, wie der Chronifizierung der Depression, greifen Psychopharmaka langfristig das Herz an, führen zu Gewichtszunahme und schwemmen auf. Über Wirkstoffe, Wirkung und Nebenwirkung von Psychopharmaka informiert man sich sehr gut in Peter Lehmanns Buch »Schöne neue Psychiatrie«, aber auch ein Anruf beim Bund für Psychiatrierfahrene kann sehr hilfreich sein.

Es mag sein, dass sich jemand unter solchem psychischen Leid und Druck befindet, dass sie Medikamente nehmen möchte. Die Leidende und ihre Freund_innen sollten dann aber sicherstellen, dass sie nicht dazu gedrängt wurde und sich der Nebenwirkungen bewusst ist. Denn Psychopharmaka lösen keine psychischen Probleme, sie vermindern – wenn überhaupt – für eine gewisse Zeit bestimmte Leiden und können unter bestimmten Umständen dabei helfen, sich z. B. aus einer unerträglichen Lebenssituation zu befreien, sich nicht umzubringen oder eine Therapie zu beginnen.

*.ref
Lehmann, Peter: Schöne neue Psychiatrie. Band 1: Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken, Band 2: Wie Psychopharmaka den Körper verändern, Berlin 1996

Patient_innenverfügung

Vorsorgemöglichkeiten für Fälle, in denen eigene Entscheidungen unmöglich werden

Im Rahmen des seit 1992 geltenden Betreuungsgesetzes gibt es verschiedene Möglichkeiten für Situationen, in denen die eigenen Entscheidungen nicht mehr als solche anerkannt werden oder nicht mehr zu treffen sind, Vorsorge zu treffen. Grundsätzlich gibt es drei Verfügungen, mit denen vorgesorgt werden kann: die Vorsorgevollmacht, die Betreuungsverfügung und die Patient_innenverfügung. Diese Vorsorgemöglichkeiten sind relativ sichere Methode sich in der Situation einer Einweisung vor Zwangsbehandlungen oder vor der Willkür von Psychiater_innen zu schützen.

Mit der Vorsorgevollmacht überträgt man einer Vertrauensperson das Recht, stellvertretend für einen selbst in allen persönlichen, sowie allen Vermögens-, Steuer-, Renten-, Sozial- und sonstigen Rechtsangelegenheiten gerichtlich und außergerichtlich zu entscheiden. Mit dieser Vollmacht kann man eine durch das Vormundschaftsgesetz bestimmte Betreuung ausschließen.

Mit einer Betreuungsverfügung kann man konkrete eigene Wünsche äußern, ob zum Beispiel das Leben in einer Einrichtung oder in der eigenen Wohnung geführt werden soll, und bestimmen, wer im Fall des Falles einmal die Betreuer_in wird. Ansonsten bestimmt das Vormundschaftsgericht, wer die Betreuer_in wird.

Mit einer Patient_innenverfügung kann man Vorsorge für eine Situation treffen, in der die eigene Entscheidung nicht anerkannt oder in der man nicht mehr in der Lage ist, über medizinische Behandlungen selbst zu entscheiden.

Die Patient_innenverfügung war ursprünglich für Situationen der Sterbebegleitung gedacht, seit den 1990er Jahren wurde von psychiatriekritischen Gruppen ein von verschiedenen Anwälten begutachtetes Psychiatriches Patient_innentestament entworfen und eingesetzt. Wie es in den Grundsätzen zur Sterbebegleitung der Bundesärztekammer (BÄK) schon seit 1998 heißt, sind Patient_innenverfügungen für Ärzt_innen »verbindlich, sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, dass der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde«. Ob eine Patient_innenverfügung »auch für die aktuelle Situation gelten soll«, müsse stets sorgfältig geprüft werden (BÄK, ebd.).

Wichtig ist es daher, für alle Eventualitäten und Situationen Angaben zu machen, denn alles was nicht vorher festgelegt ist, kann die Psychiater_in mitbestimmen. Das Patient_innentestament sollte also Angaben über gewünschte und nicht gewünschte Behandlungsmethoden enthalten, z. B. die Ablehnung von Ruhigstellung, Elektroschocktherapie, sie kann aber auch Aussagen über den Lebensstil enthalten, etwa der Art: Ich schlafe bewusst gerne bis 1 Uhr Mittags und empfinde es als gut und gesund viel zu rauchen. Für alle genannten Verfügungen gibt es Formulare, die bei Sozialverbänden zu erhalten sind. Eine Vorlage für ein psychiatrisches Patient_innentestament gibt es auf der Seite des Antipsychiatrieverlages. Die Verfügungen sollten – wenn möglich – handschriftlich aufgesetzt werden und eine persönliche Begründung enthalten, damit aus der Verfügung bereits zu ersehen ist, dass die Verfasser_in zum Zeitpunkt der Erstellung der Verfügung im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte ist. Die Verfügungen müssen von einer amtlichen Stelle bezeugt werden, diese Aufgabe kann eine Anwält_in oder Notar_in ausführen.

Wichtig: Als Zeug_in sollte bei der Betreuungserklärung niemals die zukünftige Betreuer_in unterzeichnen. Gleiches gilt für Vorsorgevollmacht und Patient_innenverfügung: Auch hier sollte niemals die eingesetzte Person gleichzeitig als Zeug_in fungieren. Und: Das Dokument sollte bei einer Notar_in und in mehreren Ausführungen bei sich selbst und Freund_innen hinterlegen werden.

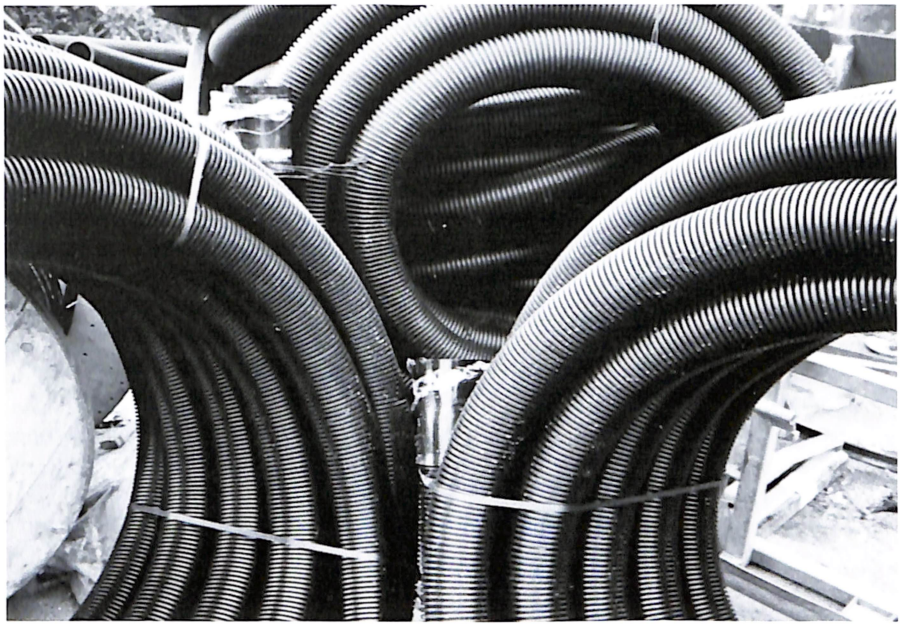
*ref
http://www.antipsychiatrieverlag.de/ info/pt.htm

Psychiatrie

Es gibt immer wieder Situationen, in denen sich auch psychiatriekritische Menschen aus Verzweiflung über die eigene Verzweiflung oder die einer Freund_in zu einer psychiatrischen Behandlung entschließen. In so einem Fall sollte man über Behandlungsmethoden in Psychiatrien Bescheid wissen und wie man sich vor ihnen schützt.

Elektroschocktherapie

WAS GENAU PASSIERT ÜBERHAUPT BEI EINER ELEKTROSCHOCKTHERAPIE UND WIRD DAS NOCH ANGEWENDET?



Irrtümlich wird die Behandlung mit Elektroschocks häufig der dunklen Vergangenheit der Psychiatrie zugeordnet. Richtig daran ist, dass diese Form der Therapie tatsächlich untrennbar mit der Geschichte der Psychiatrie verbunden ist; falsch der abgeschlossene Gestus der Feststellung. Denn die Behandlung mit Elektroschocks ist auch Teil der psychiatrischen Gegenwart.

Bis etwa 1970 war Elektroschocktherapie die unspezifische Standardbehandlung für alle so genannten »Geisteskrankheiten« oder das, was man darunter verstand. Die Bundesärztekammer hat zuletzt 2003 (sic!) eine Stellungnahme zum Thema veröffentlicht, die sich positiv auf die Anwendung bezieht. *amnesty International* wiederum, gleich denjenigen, die diese Behandlung erfahren haben, bezeichnet dieses Verfahren als Folter. Da heute scheinbar weniger bekannt ist, dass das Verfahren immer noch angewendet wird, soll im Folgenden ein bisschen genauer vorgestellt werden, was passiert, wenn jemand geschockt wird.

Die Behandlung wird von Seiten der Anwender_innen heute als Elektrokrampftherapie (EKT) bezeichnet. Sie beruht, so deren Beschreibung, im Wesentlichen darauf, dass in Narkose und mithilfe der Anwendung von muskelentspannenden Medikamenten, Sauerstoffbeatmung und Zahnschutz durch eine kurze elektrische Reizung des Gehirns ein generalisierter Krampfanfall ausgelöst wird. An den Kopf der Patient_in werden zwei Elektroden angelegt, die einen kurzzeitigen elektrischen Wechselstrom oder einzelne Stromimpulse durch das Gehirn leiten (BÄK 2003). Dies führt zu einem Krampfanfall der Patient_in, vergleichbar mit einem großen Anfall einer Epileptiker_in. Die Patient_in wird zur Behandlung in eine ca. fünfminütige Kurznarkose versetzt. Die Muskel entspannenden Medikamente hemmen vorübergehend die Übertragung der Nervenimpulse auf die Muskeln, um Muskelverletzungen inklusive Wirbelbrüche und sonstige Knochenbrüche während der Krampfphase zu vermeiden. In der Regel wird die Behandlung acht- bis zwölfmal in Abständen von zwei bis drei Tagen durchgeführt. Die Dauer des Krampfanfalls darf 25 bis 30 Sekunden nicht unterschreiten. In 80 Prozent der Fälle findet eine begleitende Behandlung mit Psychopharmaka statt.

Die Wirkung der EKT ist unklar, manche Anwender_innen gehen davon aus, dass der Schock neurochemische Veränderungen verschiedener Neurotransmittersysteme hervorruft. Dies ist aber nach wie vor umstritten, weswegen die Bundesärztekammer im Jahr 2003 eine Kommission zur Prüfung dieser Behandlungsmethode eingesetzt hatte. Das Ergebnis ist die Stellungnahme vom 21.2.2003 (s. u.), die diese Therapie für die entsprechenden Fälle empfiehlt. Argumentiert wird hier mit der Lebensrettung der Patient_in durch die EKT, ähnlich der Behandlung mit einem Defibrillator gegen Kammernflimmern (plötzlicher Herztod). D. h., die EKT soll grundsätzlich dann angewendet werden, wenn eine »Notwendigkeit für eine schnelle, definitive Verbesserung aufgrund der Schwere der psychiatrischen Erkrankung besteht und die Risiken der EKT geringer sind als die anderer Behandlungen« (ebd.). Zudem sollte aus der Vorgeschichte ein schlechtes Ansprechen auf oder eine Unverträglichkeit einschlägiger Psychopharmaka (Therapieresistenz) oder ein gutes Ansprechen auf EKT bei früheren Erkrankungsepisoden bekannt sein.

Die EKT wird heute in Psychiatrien an Patient_innen mit ganz unterschiedlichen psychischen »Störungen« durchgeführt (Depressionen, Psychosen, Nahrungsverweigerung u.v.a.m.).

Pharmakologisch ausgelöste Krampfanfälle als therapeutisches Prinzip wurden erstmals von dem Ungarn Ladislaus von Meduna 1934 angewendet. Als »Verbesserung« des Verfahrens wurde von den Italienern Cerletti und Bini im Jahre 1938 die EKT eingeführt. Sie hatten schon einige Zeit geplant, erste Experimente durchzuführen, wagten dies aber erst im Faschismus (Rufer 1992). Seit der Verbesserung der Anästhesiemethoden wird die Elektrokrampfbehandlung regelmäßig unter Narkose durchgeführt. Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern (z. B. Großbritannien, den skandinavischen Ländern und den USA) wird dieses therapeutische Verfahren in Deutschland vergleichsweise selten angewandt, so die Bundesärztekammer, aber auch diese verbucht immerhin ca. 1 000 Patient_innen pro Jahr (BÄK 2003). Kritische Studien verzeichnen eine deutlich häufigere Anwendung und zudem eine Zunahme der Anwendung der EKT innerhalb der letzen zehn Jahre (von 1,9 zu 8,6 Prozent beispielsweise bei schizophrenen Patient_innen; vgl. Noack 2005: 54).

»Man kann sagen, dass EKT zunächst gelegentlich eine Euphorie schaffen kann, wenn man durch den Angriff auf das Gehirn seine Probleme vergisst. Nachher kommen die Probleme meist mit doppelter Macht zurück, weil man auch noch, je nach Anzahl der Schocks, eine mehr oder weniger starke Gehirnschädigung zu verkraften hat« (Alfred Deisenhofer, ein Betroffener).

Nebenwirkungen? Die nach den Richtlinien der BÄK durchgeführte EKT ist, so deren Stellungnahme, eines der »sichersten Behandlungsverfahren unter Narkose überhaupt«. Die Risiken der Behandlung seien im Wesentlichen die der Narkose. Lediglich herzgeschädigte Patient_innen könnten eine EKT unter Umständen nicht überleben. Das Mortalitätsrisiko der EKT liege bei 1:50000 Einzelbehandlungen. Da eine Behandlung aber in der Regel aus mindestens zehn Einzelbehandlungen besteht, muss das von der BÄK deklarierte Mortalitätsrisiko dementsprechend korrigiert werden. Aber selbst, wenn man diese Korrektur berücksichtigt, reicht die Rate der BÄK nicht an die anderer Studien heran. Dort wird eine weitaus höhere Sterberate von 1:1000 angezeigt (Breggin 1980).

Laut der Stellungnahme der BÄK kommt es nicht zu strukturellen Hirnschäden. Es werden kognitive Störungen aufgeführt, die als Nebenwirkungen nach der EKT auftreten könnten (Störung der Orientierung, des Kurzzeitgedächtnisses, der Aufmerksamkeit sowie Gedächtnisstörungen), sich aber wieder zurückbildeten. Unmittelbar nach der EKT auftretende neuropsychologische Störungen (z. B. Sprachverlust, falsche Mimik, oder die Störung der Erkenntnisfähigkeit) sind laut der BÄK selten bzw. bildeten sich stets zurück und bedürften keiner Behandlung. Es können, so die BÄK im Weiteren, Kopfschmerzen in Form von Spannungskopfschmerzen bei ca. einem Drittel der Patient_innen auftreten, in seltenen Fällen auch typische Migräneattacken. Übelkeit und Erbrechen nach der EKT könnten ebenfalls (selten) vorkommen und sollten bei Bedarf symptomatisch behandelt werden. Contraindiziert ist die EKT also laut BÄK lediglich bei Patient_innen mit Herzstörungen oder anderen die Narkose verkomplizierenden Störungen. An Schwangeren oder Älteren könne die EKT problemlos durchgeführt werden.

Es gibt einige Kritik – auch von Ärzt_innen, bspw. dem Psychiater Klaus Dörner – an diesem Verfahren, die angesichts der aufgeführten Nebenwirkungen die Behandlung für nicht empfehlenswert halten und lieber auf herkömmliche Neuroleptika verweisen.

Für die Durchführung der EKT muss, wie bei allen anderen medizinischen Eingriffen auch, eine schriftliche Einverständniserklärung vorliegen, der eine »angemessene Aufklärung« vorausgegangen ist. Das Einverständnis oder die Ablehnung setzt die Einwilligungsfähigkeit der Patient_innen voraus. Diese beinhaltet, dass die Patient_in die Sachlage sowie die Bedeutung und Tragweite der vorzunehmenden Behandlung hinreichend zu beurteilen vermag. Bei nichteinwilligungsfähigen Patient_innen mit dringlicher Indikation für eine EKT wird eine Betreuung gemäß Betreuungsgesetz eingerichtet (siehe auch Patient_innenverfügung). Im Bedarfsfall wird bei konkreter Gefährdung der Patient_in eine einstweilige Betreuungsbestellung bei dem zuständigen Vormundschaftsgericht veranlasst. Falls die vom Gericht eingesetzte Betreuer_in der EKT zustimmt, die Patient_in der EKT jedoch ausdrücklich widerspricht, werde *im Regelfall auf die EKT verzichtet*, so die BÄK.

»Die EKT wird von den Patienten retrospektiv gut bis sehr gut beurteilt«, urteilt die Bundesärztekammer abschließend. Was heißt das aber? Kann die Einschätzung der Patient_innen als Gütesiegel für die EKT herangezogen werden? Oder gibt sie nicht eher Rückschluss auf die unterschiedlichen Situationen vor und nach der EKT-Behandlung? Die Annahme zugrunde gelegt, dass für die behandelten Patient_innen vor der EKT eine schwere Lebenskrise vorlag, die danach abgemildert ist, lässt sich natürlich von einer Verbesserung sprechen. Die Frage ist nur, ob die Verbesserung im Wesentlichen der EKT zugeschrieben werden muss, woran erhebliche Zweifel angebracht sind. Denn bis heute sind der Wirkmechanismus und die Wirkung nicht abschließend geklärt. Was allerdings ziemlich eindeutig geklärt ist, sind die erheblichen Nebenwirkungen der Behandlungsmethode.

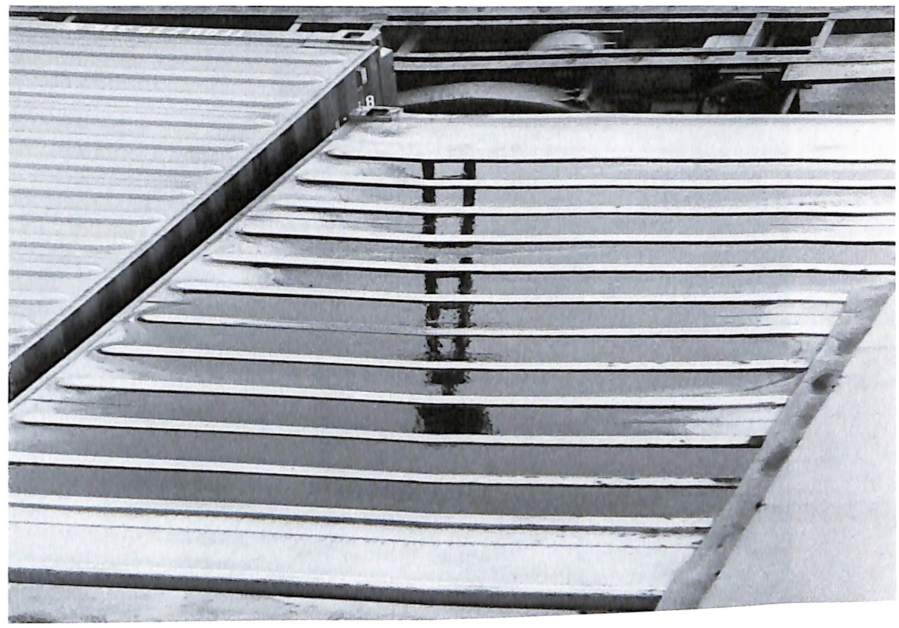
Es tritt der bereits beschriebene Gedächtnisverlust auf, was nichts anderes als den Verlust der eigenen Biografie bedeutet. Daraus resultierend erleiden die Betroffenen häufig ein neues psychisches Trauma, das in vielen Fällen die vorangegangene Suizidalität oder Depression noch verstärkt. Zwar führen die meisten Ärzt_innen eine biographische Anamnese durch, damit die vergessene Biografie der Betroffenen später durch die Ärzt_innen wiedererzählt werden kann. Dieses Phänomen verschlimmert jedoch die ohnehin schon problematische Ärzt_in-Patient_in-Hierarchie.

Entsprechend reduktionistisch ist der Verweis auf die gegebenen formalrechtlichen Rahmenbedingungen einer EKT-Behandlung, dass sie nur bei Einwilligung der Patient_in durchgeführt werden darf und somit deren Freiwilligkeit vorausgesetzt werden kann. Die Frage nach Freiwilligkeit stellt sich im Rahmen einer psychiatrischen Zwangsbehandlung aber anders: Erstens sind diese Menschen gegen ihren Willen interniert, was die Bereitschaft zu allem Möglichem, nur um wieder raus zu kommen, steigert. Zweitens sind die Menschen, denen eine EKT vorgeschlagen wird, meistens schwer depressiv, suizidal und dadurch bereit, alles zu unternehmen, damit es besser oder zumindest anders wird. Grundsätzlich wird den Ursachen der psychischen »Störung« der Patient_in nicht oder zu wenig nachgegangen, ebenso wenig wird versucht, der Patient_in ein Leben mit dieser »Störung« zu ermöglichen (Lehmann 1999 u.v.m.).

Dazu kommt ein weiterer Aspekt: Verschiedene Autor_innen geben an, dass Frauen mindestens doppelt so oft geschockt werden wie Männer (Rufer 1992). Frauen sprächen den psychiatrischen Studien zu Folge besser auf die EKT an. Dahinter scheint allerdings die Annahme zu stehen, dass nur Menschen geschockt werden sollten, bei denen Gedächtnis und intellektuelle Fähigkeiten keine besondere Bedeutung für die Sicherung ihres Lebensunterhaltes hätten (dies wurde bspw. im Rahmen von psychochirurgischen Eingriffen wie der Lobotomie stets auch für Schwarze behauptet).

Die »Nebenwirkungen« für die Geschockten sind in jedem Fall erheblich. Je nach Anzahl und Intensität der Elektroschock-Behandlungen leidet die Betroffene beim Erwachen an einem akuten hirnorganischen Psychosyndrom. Charakteristisch dafür sind zeitliche, räumliche und personenbezogene Verwirrung und Desorientiertheit, Gedächtnisstörungen – insbesondere bezogen auf unmittelbar vorangegangene Ereignisse –, zudem eine allgemeine Störung aller intellektuellen Funktionen wie Verständnis, Lernen und abstraktes Denken sowie eine Beeinträchtigung der Urteils- und Kritikfähigkeit und »verflachte« beziehungsweise unangemessene emotionalen Reaktionen

(wechselnd von Euphorie bis Apathie), häufig heftige Kopfschmerzen, Übelkeit körperliche Erschöpfung und Unwohlsein. Die Betroffenen fühlen sich sehr hilflos und ängstlich. Sie können sich zudem nicht an ihr Leben erinnern. »Was für den Arzt als Erfolg erscheint, kann für den einzelnen Psychiatrieerfahrenen eine Katastrophe sein« (Deisenhofer).



*ref:

Breggin, Peter Rogner (dt.1980; engl.1979): Elektroschock ist keine Therapie. München: Urban & Schwarzenberg.

Bundesärztekammer (2003): www.bundesaerztekammer.de/downloads/ EKT.pdf

Deisenhofer, Alfred (Münchner Psychiatrie-Erfahrene [MüPE] e.V.): Beantwortung folgender 4 Fragen zur Elektrokrampftherapie aus meiner persönlichen Sicht und Erfahrung, http: // www.muepe.org / Veroeffentlichungen /TEXTAL_1/textal_1.HTM

Lehmann, Peter (1999): Schöne neue Psychiatrie. Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken. Berlin: Lehmann / Antipsychiatrie Verlag

Noack, Ines (2005): Der Einfluss von Neuroleptika auf klinische und elektrophysiologische Wirksamkeitsparameter einer Elektrokonvulsionstherapie bei schizophrenen Patienten. Dissertation, München.

Reinhardt-Gilmour, Antje (2001): Rechtsfragen der Elektrokrampftherapie: eine medizinrechtliche Studie mit Bezugnahme auf § 1904 BGB und weiteren vergleichenden Betrachtungen. Frankfurt/M.: Lang

Rufer, Marc (1992): Biologische Psychiatrie und Elektroschock. Für ein Verbot des Elektroschocks. In: Widerspruch – Beiträge zur sozialistischen Politik (Zürich), 12. Jg, Heft 23, S. 113–124.

Besides ...

WAS GIBT'S EIGENTLICH JENSEITS DES KRANKENKASSENSYSTEMS?

Was tun, wenn man das hierarchisierte Therapeut_in-Patient_in-Verhältnis ablehnt, wenn man die Gefahr der eignen Normierung nicht eingehen will, man schlechte Erfahrungen mit Ärzt_innen gemacht hat und sich nicht erneut in ein Abhängigkeitsverhältnis zu einer begeben will? Es einem aber trotzdem irgendwie schlecht geht, man Angst hat, »verrückt« zu werden? Oder man eine Freund_in hat, die nicht mehr klar zu kommen scheint?

Die schlechte Nachricht ist: Es gibt nicht mehr besonders viele kritische Initiativen, die versuchen, psychische Probleme außerhalb professioneller Therapieinstitutionen aufzufangen. Im Folgenden sollen zumindest zwei Institutionen genannt werden, die jenen Unterstützung bieten, die Angst vor einer Zwangseinweisung haben oder eine solche hinter sich hatten.

Weglaufhaus

Das *Weglaufhaus* ist ein antipsychiatrisches Wohnprojekt in Berlin, in dem 13 Personen für jeweils ein halbes Jahr unterkommen. Es gibt dort keine Psychopharmaka, keine Therapeut_innen und Ärzt_innen, sondern Hilfe durch selbst Psychiatriebetroffene bei der Verarbeitung von Psychiatrieerfahrungen, der Suche nach einer Wohnung, der Organisation des Lebensunterhalts usw. Träger der Einrichtung ist der *Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.* Das Weglaufhaus wird zum Teil von den Sozialämtern, zum Teil von Spenden getragen.

www.weglaufhaus.de

support

Ein weiteres Projekt dieses Vereins heißt *support* und ist eine anti- und nichtpsychiatrisch orientierte Einzelfallhilfe. Support unterstützt Menschen, die von Zwangseinweisung bedroht sind, sowie Psychiatriebetroffene zuhause, wenn es um Behördenangelegenheiten, die Sicherung der Existenzgrundlage und das selbst bestimmte Anwenden oder Absetzen von Psychopharmaka geht, aber auch beim Aufbau oder der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte.

www.weglaufhaus.de/support/index.html

BpE

Eine weitere lohnenswerte Homepage ist die des *Bundesverband Psychiatrie-Erfahrerner e.V.* (Bpe). Der Bpe ist kein explizit antipsychiatrischer Verein, sondern fordert eher eine Veränderung von Psychiatrisierung, wie die Abschaffung bestimmter Behandlungsmethoden, weniger Psychopharmaka und mehr Therapie. Er informiert über Patient_innenrechte und Selbsthilfegruppen und versucht realpolitisch Einfluss zu nehmen. Auf der Homepage des Bpe findet sich außerdem eine Liste mit Selbsthilfegruppen und Vereinen, eingeteilt in Bundesländer.

www.bpe-online.de

Themenläden

diskus hat freund_innen nach ihren therapie-erfahrungen gefragt

»Narzisstische Freundin Nr. 7,2«

An meine eigene Erfahrung erinnere ich mich nicht mehr so gut. Es hieß allerdings bei der Beratungsstelle, dass mich als Person mit der vorläufigen Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bzw. genauer einer bipolaren affektiven Störung keine Analytiker_in nehmen würde. Stattdessen wurde mir ein stationärer Aufenthalt dringend empfohlen, was ich zum Glück nicht getan habe.

Ich glaube zwar, dass es tatsächlich bei einigen Analytiker_innen Bedenken gibt, ob eine klassische Analyse im Falle von z. B. »Borderline«-Patient_innen sinnvoll ist, dennoch trifft dies zum einen nicht pauschal auf alle zu und zum anderen bleibt das Problem mit der völlig vagen und wohl mittlerweile auch viel seltener erteilten Diagnose »Borderline-Störung«. Dennoch bereue ich nicht, eine tiefenpsychologische Gesprächtherapie und nicht eine Analyse gemacht zu haben, zumal mir das Setting der Psychoanalyse gerade zu Beginn meiner Therapie, was auch die Zeit ziemlich massiver Krisen war, vermutlich nicht den nötigen Halt hätte geben können, den ich damals brauchte, um mich überhaupt erst auf eine weitere Verhandlung der Ursachen der Krise einlassen zu können.

»Schizophrene Freundin Nr. 3 und 3½«

... es ist ganz einfach ... bei der Gesprächstherapie (GT) ist es okay, aus dem Spiegelkabinett Psychoanalyse (Psa) rauszuhüpfen, wenn es zu nerven beginnt.

Psa: »Wissen Sie, wie spät es ist?« »Warum fragen Sie das?« »Weil ich es wissen mag, geben Sie mir jetzt eine Antwort?« »Warum versuchen Sie nicht, sich selbst eine Antwort zu geben?« »Weil ich keine Uhr habe!« »Was bedeutet eine Uhr für Sie?« »Ähm, das hat wohl irgendwas mit meiner Mutter zu tun, ich erinnere mich daran, als ich zwei Jahre alt war und dann plötzlich ...«

In der GT: »Wissen Sie, wie spät es ist?« »Kurz nach 3, wieso ist das für Sie wichtig?«

»Paranoide Freundin Nr. 5555«

Hm, lustigerweise hatte ich ja beides schon, also Psychoanalyse und Gesprächstherapie. Na ja, bei der Gesprächstherapie finde ich, zum einen, ist das Setting um die Therapie ein bisschen »lockerer«, d.h. es kann auch nur einmal die Woche stattfinden. Dann sitzt man sich in der GT gegenüber, was ganz angenehm ist, da man die Analytiker_in »besser im Blick« hat, mit ihr auf einer Ebene sprechen kann, (was von der Couch aus nicht möglich ist), gleichzeitig aber auch ein Problem, da die Blicke und die auf die Therapeut_in projizierten Meinungen bei mir hemmend wirken können. Bei der GT stehen dann auch die Dynamiken und Übertragungsprozesse zwischen Therapeut_in und Patient_in nicht so stark im Mittelpunkt. Es wird zwar auch hier nach frühkindlichen Erfahrungen und bestimmten mich behindernden Mustern gesucht, es ist aber mehr Raum für die Behandlung von alltäglichen Problemen. Hier muss man sich vielleicht entscheiden, ob man tendenziell bestimme »tiefliegende« psychische Strukturen bearbeiten will oder gerade Unterstützung bei aktuellen Problemen haben möchte, denn dass kann eine GT mitunter besser als eine Analyse leisten.

»Neurotische Freundin Nr. 9«

Um Psychotherapie kommt eine eigentlich nicht herum, wenn sie die Verhältnisse verändern will. Denn: nicht nur diese Verhältnisse im Allgemeinen sondern auch die eigene Subjektivität ist ja freundlicherweise ziemlich undurchschaubar. Mit ein bisschen Glück gelingt es einer dann endlich, anders auf die Sachen zu blicken und auch anders zu handeln. Das hatte ich jedenfalls erlebt und ging ziemlich neugierig nach Jahren wieder zu einem Erstgespräch. Es ging mir einigermaßen beschissen und das war Anlass genug. Was allerdings, wenn diese Verhältnisse dem Gegenüber ziemlich egal sind und direkt mal gleich als Normalität vorausgesetzt werden? Mist, damit hatte ich nicht

gerechnet, dabei war das sogar ziemlich wahrscheinlich… obwohl ich vorher bei der Recherche extra darauf geachtet hatte, dass die Therapeutin Feministin ist und auch 68 noch anders leben wollte. Rationalistischer Unsinn.

»Sagen Sie mal, ich merke da eine Unentschiedenheit zwischen Männern und Frauen.«

– »Nö, das ist eine Entschiedenheit.«

oder: »Wenn Sie keinen Kinderwunsch haben, umgehen Sie natürlich Leid.«

– »Wieso das denn?« Diese kleinen Nervensägen, aber »Leid« war doch vielleicht ein wenig übertrieben…

– »Naja, Sie müssen sich nicht mit der eigenen Endlichkeit auseinandersetzen, damit also, dass Sie irgendwann keine Kinder mehr bekommen können.«

– »Bitte? Ich kann doch noch ewig Kinder bekommen. Ich könnte ja eine jüngere Freundin haben.«

»Kinderwunsch«, ich könnte kotzen, eine biologische Konstante, und wenn die einer »Frau« fehlt, dann stimmt was nicht, nicht wahr!

»Bei Ihnen ist scheinbar alles möglich: da hat der Typ noch eine Freundin, und Sie haben noch eine Freundin«, sagt sie mit hochgezogener Augenbraue.

Ja und? Ich beginne mir vorzustellen, wie sie da mit ihren Oldschool-Achtziger-Jahre-Stiefeln abends mit ihrem Ehemann und den zwei Kinderchen (vielleicht hat sie natürlich keine bekommen und leidet nun unter der eigenen Endlichkeit) im Häuschen sitzt und Rotwein trinkt und darüber redet, wie sie heute eine »Patientin« hatte, die total merkwürdige Vorstellungen vom Leben hatte. Irgendwas in der Kindheit, vielleicht mit der Mutter, musste da schief gelaufen sein. Ok, also war das jetzt eine Projektion, eine Übertragung oder was?

Ich rief mir sämtliche RZBs meiner Freund_innen in Erinnerung, alle scheitern doch. Rafft das eigentlich keine? Aber in den Therapien, in den Filmen, den Büchern, den Soziologieseminaren, der Werbung, überall in der beschissenen Wirklichkeit wird einem das eingeredet. Wie ich das hasse. Ich lief nach Hause und fühlte mich gleich mal noch schlechter als vorher. Was war denn mit mir? Hatte ich sie nicht mehr alle? Ich dachte: Foucault – Normalisierung! Genau. Vielleicht aber waren das nur Abwehrmechanismen? Wollte ich mich vielleicht, ohne es zu ahnen, doch nicht mit mir auseinandersetzen? Hatte ich Angst, der Wahrheit ins Auge zu sehen? Dann fiel es mir wieder ein: »die Wahrheit« gibt's ja net! Sie ist ja immer konstruiert, yippieh. Ich war froh und suchte mir eine neue Therapeutin, die das gefälligst anders konstruierte. Alles ist eben möglich.

»Depressive Freundin Nr. 11,33«

In der mir bekannten Gruppe sitzen, wenn die Gruppe voll ist und alle da sind, zehn Personen auf Stühlen im Kreis zusammen. Eine Person ist Therapeut_in, die anderen neun sind Patient_innen. In dieser Zusammensetzung trifft sich die Gruppe einmal in der Woche für 90 Minuten. Dabei ist hinsichtlich der konkreten Personen die Therapeut_in die einzige Konstante in der Gruppe. Denn die Patient_innen beenden nach mehr oder minder langer Gruppenzugehörigkeit jeweils ihre Therapie. In der fortlaufenden Gruppe treten dann neue an ihre Stelle. Im Zuge dieses Wechselspiels variiert phasenweise auch mal die Gruppengröße.

Eine Sitzung beginnt, indem die Therapeut_in sich auf ihren Stuhl setzt und einen guten Abend wünscht. Von ihr kommt, wie es auch sonst psychoanalytische Regel ist, zumeist zunächst nichts mehr. Sie wartet ab. Jetzt sind die Patient_innen dran. Die können und dürfen nun alles sagen, was ihnen so in den Sinn kommt, können und dürfen von sich und der Welt kundtun, was immer sie wollen (ebenfalls gemäß der psychoanalytischen Regel). Eine_r ergreift das Wort und beginnt – etwa mit der Schilderung ihrer Befindlichkeit oder mit der Erzählung eines Alltags-

erlebnisses, das sie beschäftigt. Seltener werden Geschehnisse in der Gruppe selbst direkt zum Thema: etwa in dem Sinne, dass sich jemand in der letzten Sitzung übergangen fühlte. Was und wie erzählt wird, hängt dabei von den Einzelnen ab, von ihrer Bereitschaft und Fähigkeit, sich in der Gruppe mehr oder minder offen und emotional zu äußern oder auch (noch) nicht. In der Regel wird sich dann die Gruppe eine geraume Weile mit der Wortergreifer_in und dem von ihr Gesagten beschäftigen. Wie das geschieht, hängt dabei nicht nur vom Gesagten ab, sondern auch von gegebenenfalls unterschiedlichen Resonanzen, die dadurch bei den anderen ausgelöst worden sind. Oft verläuft das Gespräch nicht sehr viel anders als in einer Runde außerhalb des therapeutischen Settings. Eher alltagsnah und konversationsähnlich. Es wird nachgefragt, kommentiert, es werden Ratschläge erteilt, eigene Erfahrungen in vergleichbaren Situationen werden mitgeteilt. Einige reden viel, andere weniger. Gelegentlich versucht die Therapeut_in durch Fragen nach dem biographischen Beziehungshintergrund einer aktuellen Befindlichkeit oder eines aktuellen Ereignisses das Gespräch in eine therapeutischere Bahn zu lenken. Mit wechselndem Erfolg. Ansonsten verhält und äußert sie sich aber nicht auffällig anders als andere Gruppenteilnehmer_innen, die in unterschiedlicher Weise beteiligt das Gesagte kommentieren und ihre Empfindungen kundtun. Die intensivsten Sitzungen sind meinem Erleben nach die, in denen entweder aus dem Gespräch heraus der Zugriff auf eine zunächst nicht präsente biographische oder emotionale Dimension gelingt oder es um das Geschehen und die (Übertragungs-)Beziehungen in der Gruppe selbst geht. Dann nimmt die Emotionalität zu und es kommt zu Interaktionen und Erfahrungen, die im Alltag – nun jedenfalls in meinem – nicht so üblich sind. Was bietet nun also eine Gruppenanalyse im Besonderen und was vielleicht nicht?

Nun einmal: Ich, Patient_in, bin vom Setting her hier nie allein diejenige, die psychische Probleme hat. Mindestens acht (sieben, sechs, ...) weitere Leute im Raum haben auch welche. Insofern wird durch die Gruppe sehr konkret die Wahrnehmung gefördert, dass es nicht ungewöhnlich oder monströs, sondern eher normal ist, solche Probleme zu haben. Ich bin nicht die einzige, die damit ringt. Allein dies in und mit den Gruppengesprächen immer wieder zu erfahren, tut oft schon gut. In einer Gruppenanalyse reagiert nicht nur die Therapeut_in, wenn ich etwas erzähle, sondern neben ihr tun dies auch noch acht weitere Gruppenteilnehmer_innen, zum Teil auf recht unterschiedliche Weise, so dass mir mit einer Vielzahl von Deutungen begegnet wird, die sich ergänzen oder widersprechen und mit denen sich eine Vielzahl von Deuter_innen, einschließlich meiner selbst, anschließend weiter auseinandersetzen. Zwanzig Augen sehen mehr als vier. Zumindest manchmal. In so einer Gruppe kreuzen sich zudem die unterschiedlichsten Biographien mit der eigenen.

Die Teilhabe an den Lebensgeschichten der anderen ermöglicht nicht nur die eigene Biographie im Lichte anderer Geschichten zu sehen – und den Blick über den Tellerrand des eigenen Leidens hinaus zu lenken –, sondern eröffnet immer auch die Chance des indirekten Mitlernens: Durch meine emotionale Reaktion auf diese Geschichten, meine Ausdeutungen derselben in der Gruppe, bringe ich zugleich immer auch etwas über mich in Erfahrung. Und nicht zuletzt können in der Gruppe die Teilnehmer_innen immer auch die Erfahrung machen, anderen Teilnehmer_innen durch ihre besonderen Reaktionen und Deutungen, die sie womöglich sonst nur als Teil ihres Problems angesehen hätten, geholfen zu haben.

Was die Gruppenanalyse nicht bietet, ist die ungeteilte Aufmerksamkeit für die einzelne Person. Das Mehr-Patient_innen-Setting bedeutet nämlich auch, dass ich um die Aufmerksamkeit der Gruppe inklusive der Therapeut_in gegebenenfalls ringen muss, wenn mir etwas auf dem Herzen liegt. Und nicht immer finde ich Gehör. Untergehen ist möglich. Das tut nicht gut. Aber die nächste Sitzung kommt bestimmt.

»Neurotische Freundin Nr.80 000 001«

Also gut. Nun habe schließlich auch ich alle meine Zweifel, Ängste und sehr wirksamen Ausreden beiseite geschoben und eine Psychoanalyse angefangen. Ab jetzt gebe ich mir viel Mühe, mich mit der Hoffnung bei Laune zu halten, dass es ja auch bitteschön was bringen muss, investiere ich schon so viel Zeit und Energie wie selten für etwas in meinem Leben. Noch dazu kenne ich ja genug Freund_innen, die sehr begeistert sind und sogar gerne zu ihren Sitzungen gehen, ja, sich beinahe »erleuchtet« fühlen, wenn sie von der Praxis wieder auf die Straße treten. Theoretisch hab ich zwar doch auch immer noch so meine Einwände und Angst, dass mich meine Analytikerin zu ihrer Sklavin macht und ich irgendwann nur noch das tue, was sie will, oder dass ich nichts anderes mehr machen kann, als über mich selbst nachzudenken und alle meine Freund_innen verliere. Hab ja schon so einiges gehört. Andererseits geht es mir jetzt schon ziemlich lange ziemlich schlecht und ich habe das aufkommende Gefühl, dass da außer dem Kapitalismus doch auch vielleicht meine Eltern etwas mit zu tun haben. Der Leidensdruck ist also da und eben auch eine gewisse Neugier, selbst mal zu erleben, was denn das nun ist: DIE PSYCHOANALYSE.

Dann endlich, irgendwann nach mehreren Anläufen und Diskussionen mit dem Schweinehund, den ganzen Orgakram und die ersten Sitzungen hinter mich gebracht, muss ich mich jetzt mit dem Gedanken auseinandersetzen, dass mein Fall doch schwerer zu sein scheint, als ich insgeheim erhofft hatte. Jedenfalls schließe ich das aus der Tatsache, dass ich ab jetzt drei mal wöchentlich auf der Couch liegen soll und nur drei Wochen »Urlaub« im Jahr habe (Was ist der Unterschied zwischen Psychoanalyse und Lohnarbeit?!) oder eben dann, wenn sie weg ist. Zum Glück ist sie das ziemlich oft. Ansonsten muss ich die Sitzungen selbst bezahlen, in denen ich fehle. Das riecht mir aber wirklich etwas zu sehr nach autoritären Ätz- und Ekel-Regeln und irgendwie hab ich das aus den Erzählungen von M. und T. auch anders in Erinnerung. Mir wird schließlich schlecht und ich frage mich, wie es mir dabei besser gehen soll, wo ich doch

sowieso schon so'n Stress habe. Jedoch sagt mein Über-Ich (der Grund warum ich überhaupt den ganzen Kram mache?) zum Bauch: ich tu, was ich muss und du gefälligst auch!

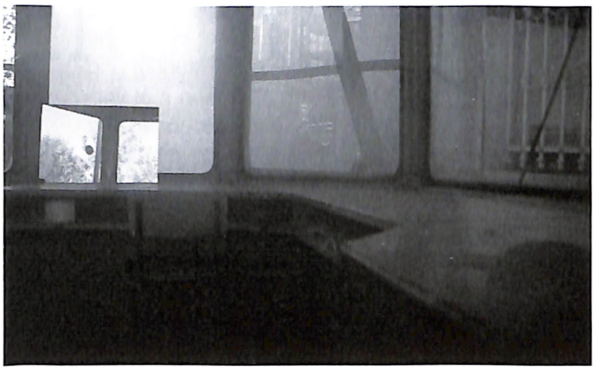
Normalerweise läuft das folgendermaßen bei uns ab: Ich komme ins Zimmer, sie gibt mir die Hand und dann warte ich, bis sie sitzt, und lege mich dann erst hin. Da zu liegen, während sie an mir vorbeiläuft, finde ich schrecklich, denn da wird für mich die Hierarchie ja noch deutlicher. Aber das Begrüßen und Verabschieden ist sowieso irgendwie immer etwas seltsam. Es gehört ja nun nicht zu meiner alltäglichen Handlungspraxis, mich bei Personen, die nicht zu meinen engsten Freund_innen gehören, gleich nach der Begrüßung sofort auf ihre Couch zu werfen, fast 'ne Stunde über meine intimsten Fantasien zu quatschen und dann auf ein Zeichen aufzuspringen, mich zu verabschieden und zu verschwinden. Und den Menschen, bei denen ich das mit der Couch und dem Quatschen mache, schüttele ich wiederum grundsätzlich nicht die Hände.

Ich hatte sie schon angesprochen, die Couch: In meinem Fall ist es ein Spitzengerät, so'n Diwan, nebst Kelim an der Wand, der Klassiker also. Allerdings muss ich die ganze Zeit während der Sitzung auf so einen bescheuerten Kalender starren und in der Ecke brummt ziemlich laut ein blaublinkendes UFO – ein Luftbefeuchter, wie ich erklärt bekomme. Die immer frischen Blumen auf dem kleinen Tischchen finde ich wiederum ziemlich toll. Ich bekomme dann immer am Anfang der Sitzung eines der bunten Kissen aus einem Körbchen zugeteilt, das ich mir dann unter den Kopf lege bzw. das eigentlich immer schon da liegt. Meines ist das blaue. Außer dem blauen sind da noch ganz schön viele andere Kissen. Das soll mir wohl die Phantasie nehmen, ich wäre hier die Einzige … rot, grün, lila, blau, … gelb. Wer ist eigentlich Gelb? Und warum liegt Gelb manchmal immer noch da, wenn da eigentlich schon Blau platziert sein sollte? Alles klar, was du kannst, kann ich auch, denk ich und gehe zum Angriff über: eisiges Schweigen, 50 Minuten lang. Manchmal ihre Stimme: Sie sind heute aber nicht so gesprächig. Dann kurz: »Gut erkannt!«. Dann wieder Schweigen. Die Sitzung findet schließlich ihr Ende und ich verlasse triumphierend den Raum. Leider hält das Gefühl nur bis zur nächsten Straßenkreuzung und kippt dann in ein mieses schlechtes Gewissen und das dringende Bedürfnis, sofort umkehren zu müssen und mit einer Packung »Merci« und vielen frischen Blumen unterm Arm ganz brav von meinem letzten Traum zu erzählen und auch ganz wild und frei zu assoziieren.

Etwas »speziell« finde ich dann auch die Tatsache, dass ich immer ganz pünktlich kommen muss. Keine drei Minuten früher? Vergiss es, niemand wird die Tür öffnen. Und wenn ich dann doch mal zu spät komme: »Hm, kann das vielleicht sein, dass das was mit uns hier zu tun hat?« Na klar, ich leite den RMV, hmm, ja alles klar … (zugegeben bin ich manchmal doch etwas sehr viel zu spät.)

Die von meiner Analytikerin in unseren Sitzungen sehr häufig gestellte Frage: »Hm, kann das vielleicht sein, dass das was mit uns hier zu tun hat?«, mag ich nicht so gerne: Aaaaaaaaaaaarggg. Nein, verdammt noch mal, Alte, checkst du das nicht? Ich lieg hier so und erzähle was mir so passiert, nichts weiter! Immer dieselbe bekloppte Übertragungsdeutung, hallo? Kann ich denn nichts erleben, ohne dass sie dabei ist? Warum bin ich dann eigentlich nicht gleich bei meiner übergriffigen Mutter geblieben. Oder gibt es da jetzt auch noch einen Zusammenhang???

… das mit der Übertragung und Gegenübertragung ist ein ganz schwieriges Thema. Irgendwie hat jedenfalls alles immer mit ihr zu tun, weil ich wohl irgendwelche alten Be-

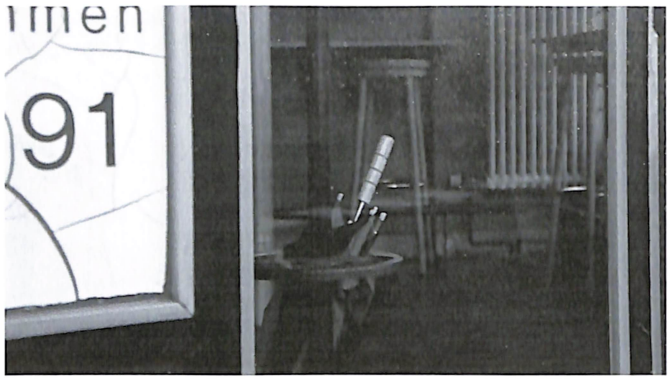


ziehungsmuster, die mir den ganzen Kram bescheren, auf sie übertrage und sie darauf dann zumindest innerlich entsprechend reagiert. Selbst dran schuld.

(Wild und) frei Assoziieren … nun ja, … klingt gut in der Theorie bzw. kenne ich das aus Zuständen, in denen ich zu nichts anderem mehr in der Lage bin. Aber jedes Mal wenn ich mich der Praxis nähere, meine »Geschichten« erzähle, die ich mir meistens gut vorher überlegt habe (ich mag Schweigen meistens dann doch nicht so gerne in der Sitzung), zweifle ich daran, ob ich wirklich verstanden habe, was ich da machen soll. Ich meine aber, kapiert zu haben, dass es sich um den Teil der Sitzung handelt, wenn ich vom konkreten Erzählen immer wieder abschweife in Erinnerungen oder auch erstmal absurde Einfälle oder scheinbare Belanglosigkeiten. Neulich hatte ich, als ich von einem Streit mit einer Freundin erzählte, der mich an frühere Streits mit meinem Onkel erinnerte und einem darauf folgenden Traum von riesigen Fleischbergen, die ich mit einer berühmten Pop-Sängerin zu Wurst verarbeiten musste, plötzlich ganz intensiv das Bild von einem riesigen bunten Fischschwarm vor meinem inneren Auge. Und als ich mich tatsächlich traute, davon zu erzählen, machte das am Ende unglaublicherweise alles Sinn und die ganze Sitzung hatte einen roten Faden. Manchmal plaudern wir aber auch nur so ein bisschen daher und ich verführe sie (ihre Worte) dazu, mir ziemlich viel von sich zu erzählen, eigentlich ja qua Abstinenzregel nicht so üblich. Dann wird es nett und ich komme mir nicht ganz so bekloppt vor, außerdem gibt sie mir dadurch die Gelegenheit, sie sympathisch zu finden und rauszuhören, dass sie 'ne Linke ist. Und irgendsoein wichtiger Superanalytiker, Ferenczi, hat ja schließlich gesagt, dass es ohne Sympathie keine Heilung gibt.

Die meisten Sitzungen sind aber sehr intensiv. Ich erzähle von aktuellen Problemen, worüber wir auf vergangene Konflikte zu sprechen kommen und festgefahrene Muster erkennen, die die Ursache für mein Verhalten zu sein scheinen. Festplattenfehler.

Ganz spannend finde ich auch die Analyse meiner Träume, da die absurdesten Träume tatsächlich am Ende ganz logisch sind und helfen, die Gedanken aufzudecken, die ich lieber in der hintersten Ecke versteckt wissen will. Außerdem weiß ich, dass sich meine Analytikerin sehr über meine Träume freut. Ich sehe, pardon, ich höre sie dann quasi schon, wenn ich morgens aufwache und mich daran erinnere, wie ich gerade noch bei meinen Eltern ins Auto gek… habe, hinter mir in die Hände klatschen.



Was mich immer wieder erschreckt, ist die Tatsache, dass ich voll in der Übertragung bin, das heißt, dass ich eben sehr sensibel auf meine Analytikerin reagiere und ihr Dinge, Gedanken und Ansichten unterstelle, die keineswegs ihre sind, sondern die von Personen, die mir früher sehr nahe standen (und auch meist heute noch stehen) und mich geprägt haben. Da kann es schon mal vorkommen, dass ich an einem wunderschönen Tag im Schwimmbad liege und es mir ganz miserabel geht, obwohl nichts passiert ist, was meine Stimmung normalerweise trübt und mir grübelnd auffällt: es ist Dienstag, 14 Uhr, Couchzeit, aber meine Analytikerin ist im Urlaub! Oder ich vergesse genau die letzte Stunde vor ihrem Urlaub. Dann hab ich nämlich sie verlassen, bevor sie mich verlässt. Manchmal ist mein Unbewusstes (scheinbar?) schlauer als ich.

Frei nach dem Motto »move your mind and your ass will follow« geht es wohl darum, erst einmal das Was, Woher, Warum und Wie zu verstehen, was aber letztendlich nicht die Wirkung ausmacht. Der Verstand ist schnell, aber die Emotionen träge, denke ich immer und freue mich, wenn ich feststelle, dass ich jetzt meistens bei Konflikten den Mund aufmache, dass ich keine Angst mehr habe in großen Menschenmassen, dass ich mich betrinken kann ohne schlechtes Gewissen am nächsten Tag, dass ich, wenn ich merke, dass bestimmte »Filme« im Kopf wieder losgehen, innehalten und die »Filme« als solche entlarven kann und sogar manchmal einfach aufhöre, »Filme« zu schauen oder in ein alternatives Programm umschalte.

Ich habe also nicht ganz umsonst gehofft, denke ich, und trotte an einem schönen Sommertag etwas genervt, aber irgendwie doch motiviert zu meiner nächsten Sitzung.

»Manisch-depressive Freundin Nr. 0,005«

»Weißt du, am Ende ist Psychoanalyse ein wenig wie Religion, entweder du glaubst daran, dass es dir was hilft oder nicht.« Mit diesen Worten musste ich vor ein paar Tagen versuchen, die wunderbare Wirksamkeit meiner nun seit 5 Monaten laufenden Psychoanalyse einer Freund_in zu erklären. Und als säkulare Materialist_in ist eine solche Aussage dann doch irgendwie ein Rückschlag.

Über die Analyse zu sprechen oder zu schreiben, ist ganz schön vertrackt, weil sie einen immer wieder einholt, es fast unmöglich ist, nicht in die Situation einer Analysand_in, die gerne Analytiker_in sein möchte, zu rutschen.

Das Herzstück der Analyse, das Wunder, auf der ich meine Religion aufbaue, ist nicht, wie manchmal angenommen wird, die ausführliche Analyse verdrängter Kindheitserinnerungen, sondern das seltsame, sich hinter dem Begriff Übertragungsbeziehung versteckende Geflecht einer sehr, sehr komischen Beziehung:

Die Beziehung zu einer Analytiker_in ist wirklich bizarr, sie ist nicht die Ärzt_in, die Krankheiten diagnostiziert und zu heilen vorgibt, nicht die Freund_in, die zuhört und Ratschläge gibt, zum Glück auch nicht meine MUTTER (haha). Mitunter glaube ich, meine Analytiker_in befindet sich nur in meinem Kopf, schließlich hat sie noch nie jemand außer mir gesehen, auch ich sehe sie eigentlich nie (also außer in den 2 Minuten, in denen ich zur Tür hinein oder hinausgehe), ich höre nur ihr Stimme irgendwo von hinter meinem Hinterkopf hervorkommen. Sie wird von meiner Kasse dafür bezahlt, dass ich ihr Sachen erzählen kann, ohne Angst zu haben, dass sie mich jetzt hasst, ich in ihrer Fürsorgeschuld stehe, sie mich dumm oder hässlich findet.

Das ist zumindest die Möglichkeit, die ich habe, und natürlich tritt das nicht ein, vielmehr projiziere ich dauernd Dinge auf sie, da ich das ja von anderen Beziehungen so gewohnt bin, und das und die Durcharbeitung dieser Übertragungen ist ja Ziel des Ganzen.

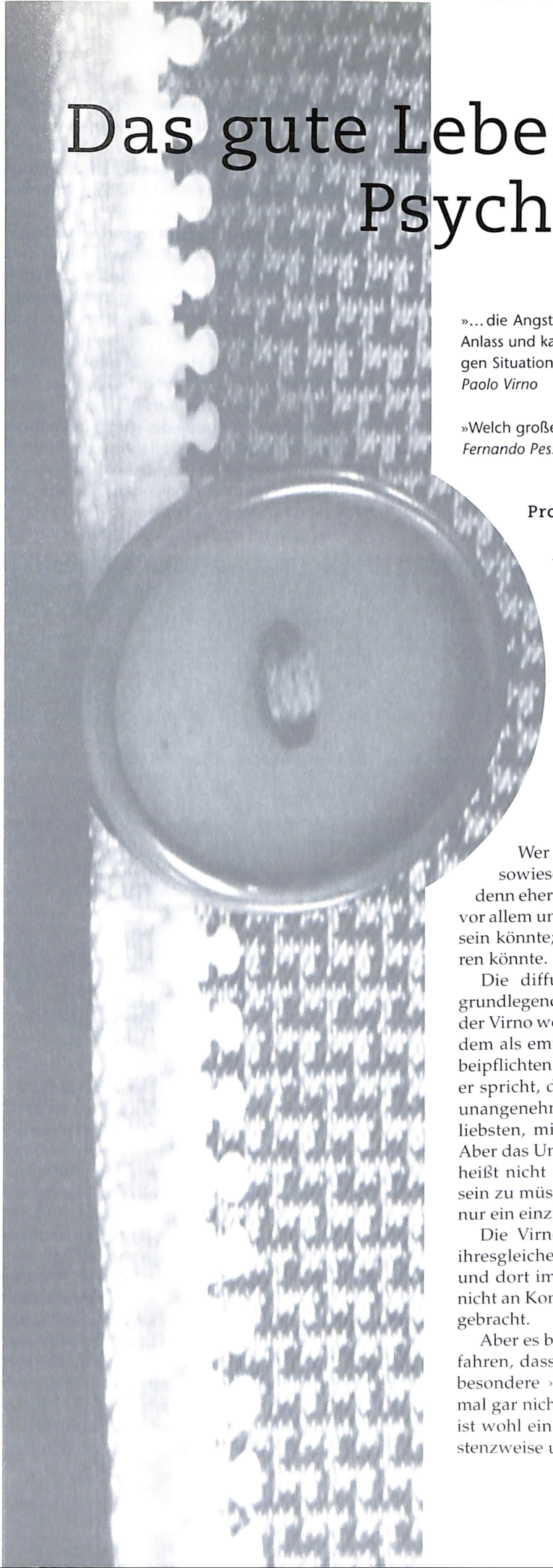
Ich liege auf der Couch herum und denke mir, sie bodenlos zu langweilen, bin dann deshalb wütend auf sie.

Ernsthaft, wenn man irgendeiner, die keine Analyse macht, erzählt, was für absurde Gedanken man sich da macht: »Schaut sie jetzt komisch, weil meine psychischen Probleme keine Herausforderung für sie sind?«, »Hah, die Spießerin, die hat doch keine Ahnung, jetzt will die mir bestimmt so ein konservatives Freud-Ding reindrücken«, »Ich wäre so gerne ihr Lieblingspatientin«, »Ja, du hast gut da herumschweigen, du wirst ja in 20 Minuten in dein rosiges, wohlgeordnetes Psychoanalytiker_innenleben zurückgehen und ich und ich?«, »Mhm, mich werden Sie heute nicht knacken, Sie haben an der Tür schon so seltsam geschaut, schau mal, was du machst, wenn ich dich an die Wand rede«.

Gleichzeitig ist eine Analyse natürlich nicht wie eine Religion, ich bin zwar depressiv aber nicht dumm, denn welche Religion würde ihren Anhänger_innen schon den wunderbarer Luxus gönnen, jemanden abzustellen, der man drei- oder viermal die Woche erzählen kann, was einen alles so beschäftigt, die sich diese ganzen Sachen auch noch merkt und entwirrt, die sich dazu hergibt, Projektionsfläche für alle meine Aggressionen und Ängste zu sein, damit ich die irgendwann besser verstehe, und die irgendwie immer da ist. Zwar nie ganz genau wie ich will, aber genau das ist mitunter auch genau das richtige.

Der wichtigste Unterscheidungsgrund zwischen Religionen und Analyse ist aber, dass es dabei nur um mich geht, dass sich das ganze analytische Spiegelkabinett um mich und meine Verwicklungen mit der Welt entspannt. Im Gegensatz zu Religionen, in denen man sich mit Exegesen etc. herumschlägt, bin auf irgendeine Art und Weise ich diejenige, die die Geschichte erschafft, schreibt und ändert. Der letzte Grund, warum Analyse keine Religion ist, entspannt sich aus der Tatsache, dass es nicht darum geht, mich in lebenslanger Abhängigkeit zu irgendwem und irgendwas zu halten, sondern es mir zu ermöglichen, ein manchmal doch ganz gutes Leben im Falschen zu leben.

Das gute Leben und die Psychotherapie



»... die Angst ist omnilateral, sie kennt keinen privilegierten Anlass und kann in jedem beliebigen Moment, jeder beliebigen Situation auftreten.«
Paolo Virno

»Welch großes Glück, nicht ich sein zu müssen!«
Fernando Pessoa

Prolog

Ach, das gute Leben. Das Jahr hat gerade begonnen. Da sitze ich wieder am Schreibtisch, da sitze ich wieder mit dem Gefühl, dass ich diese Arbeit nie abschließen werde, da sitze ich wieder mit einem Blick ins Grau des Himmels, der mich betrübt macht und mein Gemüt ängstlich stimmt. Schnell ist sie wieder bei Fuß, die Kraftlosigkeit der Anstrengung, die Sorge darüber, wie das Leben zu meistern ist, die Übersäuerung meines Magens. Das gute Leben ist das nicht.

*

Wer hat das noch mal gesagt: Traurig bin ich sowieso? Egal, weil es auf mich gar nicht zutrifft; denn eher ist es ein: Ängstlich bin ich sowieso. Angst vor allem und nichts; vor dem, was ich bin, sein werde, sein könnte; was mir passiert, passieren wird, passieren könnte.

Die diffuse, unbestimmte Angst sei eines der grundlegenden Lebensgefühle der Gegenwart – da hat der Virno wohl recht (Virno 2005). Zumindest kann ich dem als empirischer Selbstversuch unter dem Strich beipflichten. Und auch das Unzuhause sein, von dem er spricht, das mir un-heimlich sein, ist mir auf eine unangenehme Weise vertraut. Manchmal ist mir am liebsten, mich nur mit spitzen Fingern anzufassen. Aber das Unzuhause kenne ich nicht ohne Pessoa, das heißt nicht ohne das Gefühl, immer nur man selbst sein zu müssen und den daraus drängenden Wunsch, nur ein einziges mal nicht ich, Nicht-Ich, zu sein.

Die Virno-Pessoa-Kombi schafft eine Ironie, die ihresgleichen sucht: auf sein Selbst zurückgeworfen und dort immer nur fremd sein. Das Leben entbehrt nicht an Komik. Endlose Sitzungen habe ich damit zugebracht.

Aber es beruhigt auf eine Weise, durch Virno zu erfahren, dass das wohl kein Einzelschicksal ist, keine besondere ›Übersensibilität‹ meinerseits und schon mal gar nicht eine Art ›Unnormalität‹. Was ich da bin, ist wohl ein Resonanzboden der Grammatik der Existenzweise unserer Zeit.

*

Erfunden: Neulich hat mich eine Freundin gefragt, ob ich als Soziologin meine, Psychotherapie könnte etwas zum guten Leben beitragen. Könne Therapie heute, wo Menschen hochgradig individualisiert ihr Leben selbst in die Hand nehmen müssten, auf eine politisch vertretbare Weise dazu verhelfen, in diesen Verhältnissen zu bestehen? Und angesichts des Eindrucks, dass es gerade vielen links Politisierten oftmals psychisch schlecht gehe, wie würde ich zur Psychotherapie stehen? Ich würde mich ja schließlich in meiner arbeitssoziologischen Dissertation durchaus mit der Psychologie beschäftigen.

*

Ja, das stimmt. Meine ganze Arbeit kreist um das Thema, welche Rolle der Psychologie in ihren unterschiedlichen Varianten für einen Formwandel gesellschaftlicher Arbeitsverhältnisse zugesprochen werden kann, der im Soziologie-Sprech Subjektivierung von Arbeit genannt wird. Als ich vor drei Jahren auf diese Debatte stieß, fand ich es u.a. merkwürdig, dass außerordentlich viel die Rede vom Subjekt, der Subjektivität, dem Selbst, dem Inneren, der Seele der Beschäftigten gesprochen wurde, ohne aber genau zu klären, was das nun genau und im Einzelnen eigentlich ist. Zudem schien auch die herrschaftstheoretische Interpretation weitestgehend auszukommen, ohne die Form dieses Subjekts einer historischen Untersuchung zu unterziehen. Mir erschien es aber für die Frage der Macht geradezu notwendig darüber nachzudenken, mit welcher Art historisch gewordenen Subjekten man es denn zu tun hat, die nun Teil von Rationalisierungsstrategien zu werden scheinen?

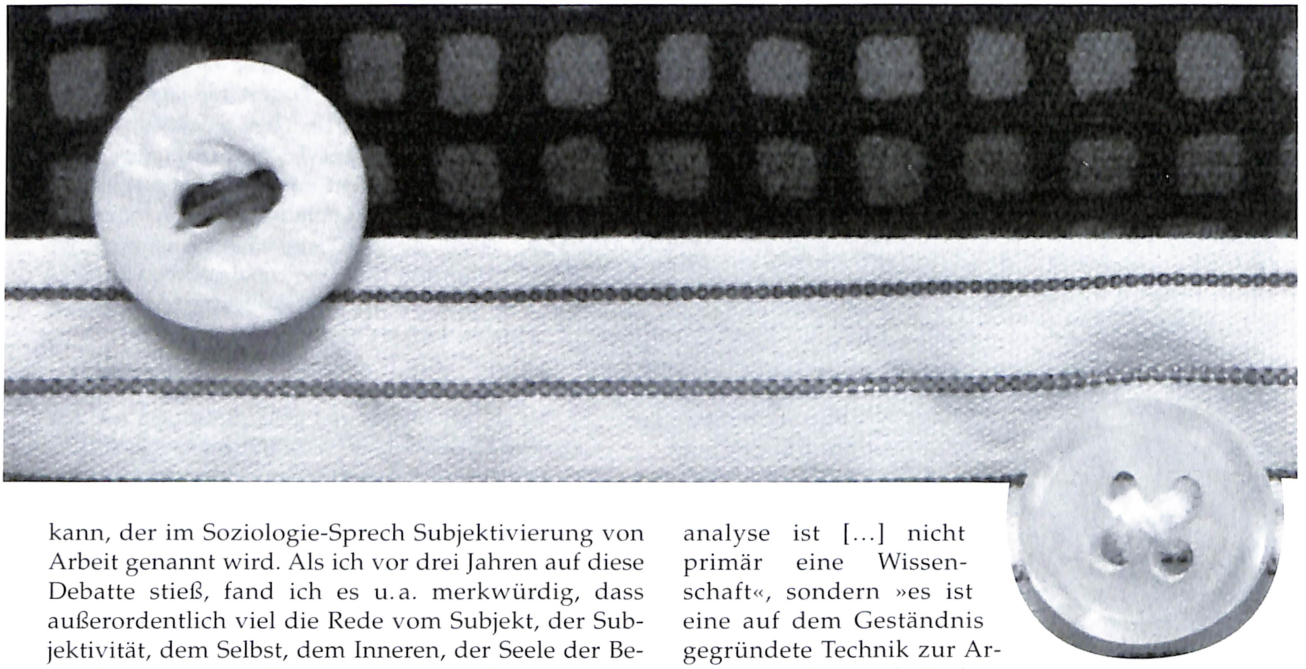
Also habe ich nach Spuren gesucht und die auffälligsten rund um den Begriff der Psyche gefunden: Da war der arbeitssoziologische Diskurs selbst, der von der Vereinnahmung der Psyche erzählte, von der Gefühlsarbeit und der affektiven Arbeit; da war die Managementliteratur, die von psychologisierter Rhetorik nur so strotzte; da war die notierte Zunahme an psychosozialen Belastungen und Erkrankungen, Burnout, Tinnitus, Depressionen, die Aktionen der Gewerkschaften dagegen, »Terror für die Seele«; da waren irgendwann in meinen Interviews mit IT-lern etwa Wünsche nach Persönlichkeitsentwicklung und Selbstverwirklichung zu lesen. All das hat mich bezüglich der Psyche als soziologischem Phänomen stutzig gemacht. Was passiert da eigentlich? Was bedeutet das?

Würde mich also eine Freundin fragen, was ich als Soziologin zum Verhältnis von Psychotherapie und gutem Leben denke, dann würde ich in der Sprache meiner Profession einem imaginierten Publikum heute das Folgende sagen:

Ein Vortrag

Liebe Freundinnen und Freunde des guten Lebens,

in einem Interview von 1984 wird Michel Foucault gebeten, eine Stellungnahme zur Psychoanalyse abzugeben. Er bemerkt daraufhin das Folgende: »Die Psychoanalyse ist [...] nicht primär eine Wissenschaft«, sondern »es ist eine auf dem Geständnis gegründete Technik zur Arbeit von sich an sich. In diesem Sinne ist es zugleich eine Kontrolltechnik, insofern sie eine Persönlichkeit erschafft, die sich um ihre sexuellen Begierden herum strukturiert«. Und er fügt noch hinzu: »Was nicht impliziert, dass die Psychoanalyse nicht jemandem helfen könnte« (Foucault 2005/1984: 820).



Im Großen und Ganzen ist damit ausgesprochen, was auch ich zum Thema Psychotherapie zu sagen habe. Ich betrachte sie – im Gleichklang mit der Psychoanalyse und der Psychologie im allgemeinen – vorrangig als eine Technik im doppelten Sinne: Als eine Technik zur Arbeit an sich selbst und als eine Technik zur Kontrolle des Individuums, wobei ihr Effekt darin gesehen werden kann, Menschen als Individuen mit einer Psyche erst hervorzubringen. Und dennoch kann sie Leuten zum Leben oder Überleben verhelfen.[1]

Da ich aber weitere Minuten hier zu füllen habe, will ich ein wenig genauer darlegen, warum ich meine, dass das Verhältnis zur Psychologie, Psycho-

analyse oder Psychotherapie nur ein problematisches und ambivalentes sein kann, und warum das möglicherweise gerade heute der Fall ist.

Drei Punkte sind wichtig: Erstens will ich zunächst meinen spezifischen Forschungskontext der Arbeits- und Industriesoziologie kurz darlegen, aus dem heraus ich denke und der gleichsam meinen Zugang zu der Frage begründet: Was hat Psychotherapie mit dem guten Leben zu tun? Zweitens will ich eine Arbeitsthese vorstellen, die gouvernementalitätstheoretisch informiert ist: Ich sehe eine momentan aktuelle Regierungsweise in etwas, das ich Psychopolitik nenne. Das heißt, ich denke, dass die Psyche ein bedeutsamer Modus ist, durch den gegenwärtig regiert wird. Dies zu erläutern, wird einen kursorischen Schlenker durch die jüngere Geschichte beinhalten. Schließlich will ich drittens einige Überlegungen zur Psychopolitik unter der Frage von Gegen-Regierungen anstellen.

Damit komme ich zum ersten Punkt.

Teil I

In der Debatte um Subjektivierung von Arbeit wird derzeit versucht, eine ab den 1980er Jahren beobachtbare Neuaushandlung der hegemonialen Form der Organisation von Arbeit und der Ware Arbeitskraft analytisch zu bestimmen (Kleemann/Matuschek et al. 2002; Aulenbacher 2005). Entscheidend ist dabei, dass im Unterschied zum Taylorfordismus heute zunehmend die Subjektivität von Beschäftigten als Produktivfaktor entdeckt und dementsprechend im Anforderungsprofil abgefragt wird. Kurz und mit Lazzarato gesagt, werden Arbeitskräfte nun zu einem »Seid Subjekte!« (Lazzarato 1998) aufgefordert. Sie sollen sich mit ihrer ganzen Person und Persönlichkeit, mit Leib und Seele aktiv in den Arbeitsprozess einbringen, sich selbst-organisieren, selbst-kontrollieren, selbst-rationalisieren. Dementsprechend lautet nicht zuletzt die Diagnose, dass nicht nur Körper und Geist, sondern nunmehr auch die Psyche dem Verwertungsimperativ unterworfen wird (Hirsch 2001).

Vorerst unabhängig davon, wie man die Entwicklung interpretiert, gilt mein Interesse zunächst den Schwierigkeiten, die sich bei der herrschaftstheoretischen Bewertung der Subjektivierung von Arbeit ergeben. Der Industriesoziologie galt nämlich das Subjekt traditionellerweise als Anzeiger für Freiheit und somit als originäre Quelle des Widerstands gegen Herrschaft im Kapitalverhältnis. Es konnte dementsprechend Auskunft darüber geben, wie es um die Revolution bestellt ist. Traut sie nun der eigenen Diagnose, dann kann an dem Versprechen, das bislang mit dem Subjektbegriff einherging, nicht mehr so ungebrochen festgehalten werden. Denn man hat es offensichtlich mit einem Machttypus zu tun, der erstens weniger mit den Elementen von Zwang und direkter Kontrolle operiert, sondern durch Anrufung und Anreizung (von Subjektpotenzialen); und der sich zweitens durch die Merkwürdigkeit auszeichnet, den Beschäftigten mehr Freiräume zuzugestehen und gerade dadurch sie umfassender zu vereinnahmen.

Es ließe sich nun an dieser Stelle einiges daran, wie die herrschaftstheoretische Diskussion geführt wird, in solidarischer Haltung kritisieren. Ich will die Aufmerksamkeit jedoch allein auf ein Moment lenken, da es mir von grundlegender Bedeutung erscheint: Durch das Phänomen der Subjektivierung von Arbeit und der Schwierigkeit, es angemessen theoretisch bestimmen zu können, wird meines Erachtens sichtbar, dass der Marx'schen Theorie möglicherweise etwas fehlt, was sie spätestens jetzt gut gebrauchen könnte: Nämlich eine Theorie der historischen Produktion des Ontologischen; eine Theorie also, welche die Produktion eines ganz bestimmten Gegenstands zu analysieren beansprucht, und zwar die Form, durch die wir uns erfahren und leben können, mithin die Form unseres Seins.

Vor diesem Hintergrund glaube ich nun nicht nur, dass es Foucaults Konzept der Gouvernementalität erlaubt, an dieser Leerstelle weiterzudenken, ich glaube vor allem, dass für die Frage der Produktion des Ontologischen im Zusammenhang mit der Subjektivierung von Arbeit die Psychologie eine bedeutsame Rolle spielt. Verstanden als ein Set diskursiver und nicht-diskursiver Strategien arbeitet sie gleichsam auf dem Feld der Produktion des Ontologischen – und das macht sie meiner Meinung nach grundsätzlich für die Frage relevant, welcher Art Leben wir leben können und müssen, nicht zuletzt unter dem Vorzeichen einer Neoliberalisierung von Arbeits- und Lebensverhältnissen.

Teil II

Damit komme ich zum zweiten Punkt und der Arbeitsthese, die ich in diesem Kontext diskutieren will. Wenn Subjektivierung von Arbeit zumindest auch meint, dass die ›Psyche‹ der Beschäftigten gemanagt wird, so ist es genau diese Vorstellung einer ›Psyche‹ und die Möglichkeit sie zu ›führen‹, die ich in die Tradition dessen stellen will, was Michel Foucault als »Technologien des Selbst« bezeichnet hat. Gemeint sind damit »Techniken, die es Individuen ermöglichen, mit eigenen Mitteln bestimmte Operationen mit ihren eigenen Körpern, mit ihren eigenen Seelen, mit ihrer eigenen Lebensführung zu vollziehen, und zwar so, daß sie sich selber transformieren, sich selber modifizieren und einen bestimmten Zustand von Vollkommenheit, Glück, Reinheit, übernatürlicher Kraft erlangen« (Foucault 1984: 35f.). Mir geht es dabei nicht darum zu zeigen, dass die Psyche als eine moderne Version der Seele ein ideologisches Konstrukt oder bloße Verblendung ist. Denn »historisch einmal entstanden, *haben* die Menschen eine Seele, ein Gewissen oder eine Subjektivität« (Maihofer 1995). Sie kann Existenz beanspruchen, sofern sie sich als Selbstverhältnis materialisiert und Menschen zur Führung ihres Lebens dient. Umgekehrt will ich gerade aufgrund ihres existenziellen Gewichts behaupten, dass die Psyche heute unter Bedingungen einer verstärkten Ökonomisierung von Arbeits- und Lebensverhältnissen zu einer von mehreren möglichen Nahtstellen wird, an denen sich Herrschaftstechniken mit Technologien des Selbst verbinden. Sie geht meiner Ansicht nach in

eine hegemonialen Form aktueller Regierungspraxis ein, mit der primär die Selbstverhältnisse oder das Selbst bearbeitet werden. Diese Form der Regierung artikuliert sich in diesem Sinne als eine Politik durch den Modus der Psyche: Eine Psychopolitik. Die Annahme ist, dass die Transformation des Arbeitsregimes in Richtung einer Subjektivierung von Arbeit als Ausdruck und Verstärker von Psychopolitiken zu verstehen ist.

Um das zu verdeutlichen, werfe ich einen Blick zurück in die Geschichte der Psyche und ihren Eingang in die »reflektierte Praxis« der Menschen (Foucault 2004: 359).

Es ist zunächst klar, dass die Psyche genauso wenig selbstevident, wie die Psychologie als Wissenschaft zu jeder historischen Zeit denkbar ist. Als Disziplin kann sie sich erst dort entwickeln, wo der Mensch als modernes Individuum in die Geschichte eingeschrieben wird. Unbestritten ist mittlerweile, dass dies der Augenblick ist, in dem die kapitalistische Produktionsweise nicht nur die ökonomischen Grundlagen, sondern vor allem auch die sozialen Verhältnisse umwälzt, die in die Herausbildung der bürgerlichen Gesellschaft mit ihren Individualitätsformen münden (Jaeger/Staeuble 1978).[2]

Strategisch will ich hier die Diskussion bei der so genannten Psychotechnik einsetzen. Anfang des 20. Jahrhunderts zwischen den beiden Weltkriegen etabliert sie sich als junger Berufszweig der experimentellen Psychologie in den meisten der europäischen Länder.[3] Ihre Begründung durch Stern und Münsterberg erfolgt im Kontext der Industriellen Revolution und dem Aufstieg des naturwissenschaftlichen Experiments. Sie zentriert sie sich schließlich »um die *Arbeitskraft* der sich neu herausbildenden Klassen« (Jaeger/Staeuble 1978). Charakteristisch für sie werden demgemäß psychologisch-experimentelle Testverfahren wie die Begabtenauslese oder die Eignungsprüfung. Sie stellt sich damit offensichtlich in den Dienst des tayloristischen Projekts, den richtigen Mann oder die richtige Frau auf den richtigen Platz zu stellen; gleichwohl arbeitet sie dabei aber die wissenschaftliche Betriebslehre um, sofern sie die Psyche als zentralen Rationalisierungsfaktor einführt.[4]

Nun könnte man meinen, dass heute im Kontext der Subjektivierung der Arbeit, wo es heißt, dass die Psyche der Beschäftigten dem Kapitalinteresse einverleibt wird, eine ähnliche Macht am Werke ist. Ich denke aber, dass sich der Status der Psychotechnik im Gesamtgefüge von Machtverhältnissen verändert hat und nur einen Teil einer allgemeineren Programmatik markiert. Hierfür ist nicht allein entscheidend, dass die Psychotechnik von Beginn an mit anderen Konzepten der Psyche konkurrieren musste und somit das Feld der Psychologie umkämpft blieb. Verantwortlich ist vor allem ein Prozess, den Castel et al. als Psychiatrisierung des Alltags beschrieben haben: der Produktion, Vermarktung und gesellschaftlichen Streuung von Psycho-Waren (Castel / Castel et al. 1982). Obgleich die Psychologie als Wissenschaft immer schon einen Psychologisierungseffekt auf soziale Lebenswelten mit sich brachte, erfährt den Autor_innen zufolge die Veralltäglichung der Psychologie im letzten Drittel des zwanzigsten Jahrhunderts noch einmal einen besonderen Qualitätsschub. Dieser artikuliert sich im so genannten Psychoboom, der ab den 70er Jahren von den angloamerikanisch geprägten Ländern her einsetzt. Er kann dabei bereits auf eine längere und komplexe Geschichte der »Welt der Psys« (ebd.: 319) zurückblicken. So sind es ab der Jahrhundertwende neben der Psychotechnik vor allem tiefenpsychologische, insbesondere psychoanalytische und analytisch-psychologische Perspektiven, die als psychologisches Wissen allmählich popularisiert werden. Zunehmend erreichen sie auch die unteren Schichten, insofern die Medizin, die Pädagogik, aber insbesondere die Sozialarbeit als Disziplin für die Unterprivilegierten in eine psychologische Matrix gegossen werden. Insbesondere jedoch die Verschiebung der diagnostizierenden hin zu einer therapeutisierenden Psychologie, die zum Aufstieg der privaten Psychotherapie führt, bewirkt eine tiefgreifende Demokratisierung und Proliferation psychologischen Wissens.

Dies gelingt nicht zuletzt deswegen, weil die Psychotherapie nicht das Pathologische, sondern den Normalen als ihr Arbeitsfeld entdeckt und damit ein riesiges Klientel der psychologischen Sorge zuführt. Normalität wird zur Aufgabe an sich selbst. So wird durch die Psychotherapie die Psyche zu einem Ort, an dem gearbeitet werden muss und kann. Diese Arbeit bedarf zunächst einer Expert_in, der der Klient_in verhilft, mit geeigneten Techniken selbsttätig der Psyche auf die Spur zu kommen. Aus der Sicht des (bürgerlichen) Individuums verspricht die Psychotherapie nicht zuletzt eine Befreiung, bei der es historisch erstmalig die Möglichkeit und die Last hat, diesen Prozess, wenn auch mit Hilfe eines anderen, so doch selbst herstellen zu können. Die psychotherapeutischen Praxis wird dem gemäß bezwecken, das Selbst des Individuums zu erkennen, es zu verwirklichen, zu entwickeln, zu emanzipieren. Authentizität, Identität und Selbstverwirklichung werden ihr hierfür Begriffe zur Selbst-Anleitung. Grundsätzlich wird dabei das Selbst als solches mit einem Wert des Begehrens belegt, mit einem »Begehrens-Wert« (Foucault 1983: 186). Das heißt, mit sich selbst identisch sein, wird zur Aufgabe und zum Ziel des psychologischen Wesens, das zugleich Subjekt und Objekt der eigenen Führung wird.

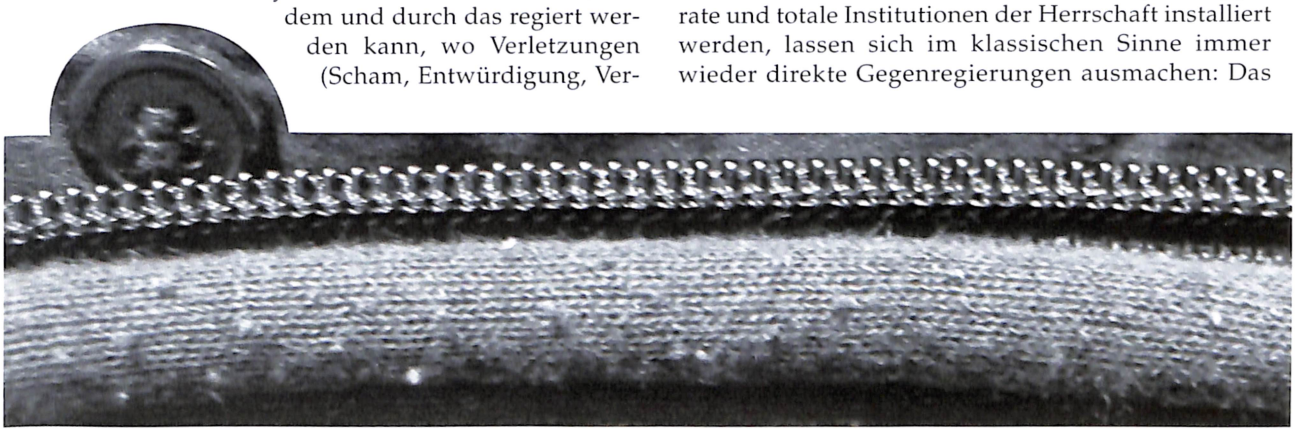
Allmählich entsteht so ein »Markt der Seele« (Castel 1988), auf dem psychische Probleme codiert, als Leid markiert und ihre Behandlung ein Gegenstand von Dienstleistungen werden. Eine Vielzahl an unterschiedlichen Therapieformen sprießt aus dem Boden: An die Seite der alten Psychoanalyse gesellen sich Verhaltenstherapie, Gestalttherapie, Bio-Energetik, Transaktionsanalyse, Urschrei-, Familien-, Sexualtherapie etc. Daneben blüht die psychologische Ratgeberliteratur, in jedem TV-Magazin findet sich alsbald ein Psychotest. In der Folge wird auch unabhängig von den Experten die Psyche allmählich zu einem wichtigen Modus, mit dem Menschen ihr Verhältnis zu sich und anderen unterhalten.

Bringt man nun die Frage nach der »Subjektivierung der Arbeit« zurück ins Spiel, so kann behauptet werden,

dass die unternehmerische Aufforderung ›Subjekt zu sein‹ auf ein Begehren nach Selbstverantwortung, Selbsttätigkeit, Authentizität etc. trifft, das uns als psychische Selbstführungspraxis längst »Fleisch geworden« ist (Ehrenberg 2000: 139). Selbstbestimmung, das sagt Ehrenberg, ist heute »unsere Lebensform geworden« (ebd.: 126).

Genau hier satteln meiner Ansicht nach Rationalisierungsstrategien der Gegenwart auf. Es kann darauf gebaut werden, dass wir Menschen mit einer modernen Psyche sind, dass sie in unsere Existenzweise und Lebensform eingegangen ist, dass sie uns mit einem bestimmten Begehren nach dem Selbst ausgestattet und neue Weisen zu leiden hervorgebracht hat. So kann das Kapital in gewisser Weise darauf vertrauen, dass Menschen sich selbst auch in der Lohnarbeit verwirklichen und möglichst eigenverantwortlich arbeiten wollen; es kann damit arbeiten, dass wir anerkannt werden wollen, dass wir werden wollen, was wir der Möglichkeit nach sind.

Das heißt, historisch einmal entstanden, ist die Psyche tatsächlich ein Gebiet, auf dem und durch das regiert werden kann, wo Verletzungen (Scham, Entwürdigung, Verlust von Integrität, Desidentifikation etc.) wie auch Ermächtigungen (Anerkennung, Befreiung etc.) statt haben; wo all dies ungleich verteilt und normativen Vorstellungen unterworfen wird; wo es ein Begehren nach dem Selbst gibt, das ausbeutbar ist (vgl. Butler 2001: 12).



Kurzum: Ich gehe davon aus, dass in subjektivierten Arbeitsverhältnissen bewährte Formen der (Selbst-)Anrufung und Selbstregierung wirkmächtig werden, die darauf gründen, dass wir uns im Modus der Psyche führen und führen können müssen – als Souveräne des Herzens, die sich selbst regieren und als solche furchtbar verwundbar sind.

Als Teil einer allgemeineren Regierungsweise ist dies weit mehr als Psychotechnik. Es ist eine Politik, die kollektiv individualisiert und das psychologisch gestützte Selbst zur Kraft der eigenen Lebensführung erklärt – eine Psychopolitik. Markiert ist damit ein Set von Strategien und Alltagspraktiken, die sich auf die Führung und Bearbeitung der Technologien des Selbst beziehen und im Modus der Psyche mit Herrschaftstechniken vermittelt sind. Die Sorge heute zielt dabei nicht mehr auf Vollkommenheit oder Glück, sondern auf die Erzeugung von gleichermaßen Authentizität und Handlungsfähigkeit (Ehrenberg 2000). Die Vorstellung eines gutes Lebens, die durch die Psychopolitik mit befördert wird, besteht darin, das flexible (post-)moderne Leben meistern zu können, und zwar souverän und vollkommen aus sich selbst heraus; ohne Unterlass und mit Tatkraft immer man selbst sein.

Teil III

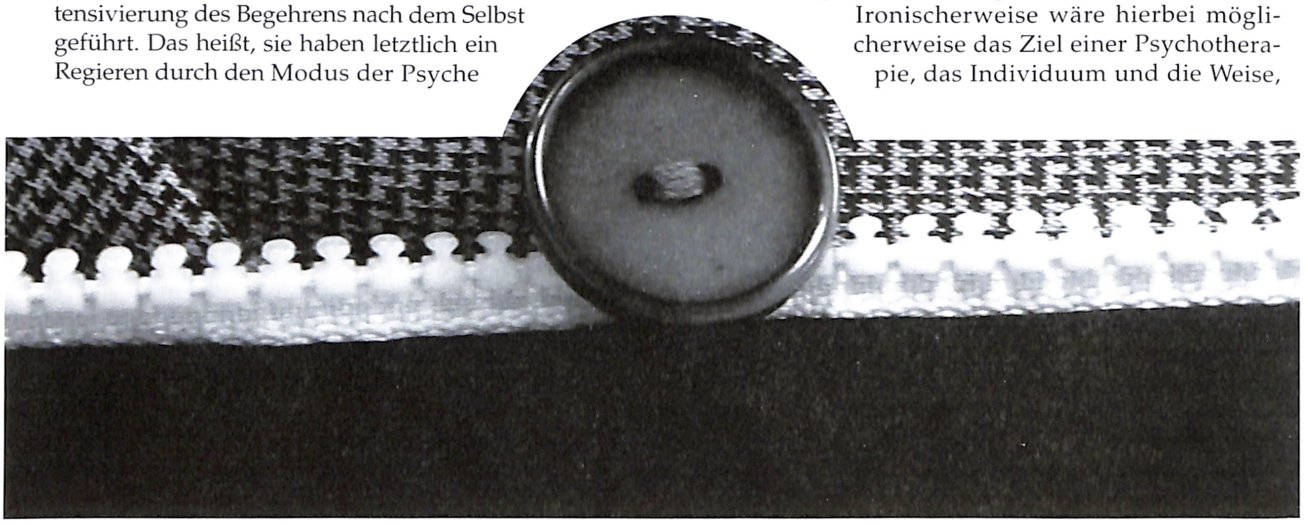
Ich komme zum letzten Punkt, zur Frage nach den Gegenregierungen und welche Rolle darin die Psychotherapie spielen kann.

Bisher habe ich die Entwicklung der Psychopolitik als reine Herrschaftsgeschichte erzählt. Im Grunde genommen ist das aber insofern komplett irreführend, als sie überhaupt erst durch das Zusammenspiel verschiedener strategischer Kräfte respektive Regierungen möglich wird. Die Psychologisierung wird nicht nur ›von oben‹ oktroyiert, sondern auch als Kampfmittel genutzt oder sogar umgekehrt von ›unten‹ hervorgebracht.

Das heißt erstens: Dort, wo mit der Psyche Apparate und totale Institutionen der Herrschaft installiert werden, lassen sich im klassischen Sinne immer wieder direkte Gegenregierungen ausmachen: Das Sozialistische Patientenkollektiv und die IrrenOffensive in Deutschland sind dafür Beispiele; in den Staaten finden wir diesbezüglich ab 1969 etwa die *Free clinics*, Encounter- und Beratungsgruppen, feministische und homosexuelle Therapien (gay therapies), ›radikale‹ Therapien etc. – all dies sind Ansätze eines Kampfes, in dem es darum geht, die psychiatrische Hegemonie in Frage zu stellen und sich die Mittel zur Herstellung des eigenen Subjektstatus wieder anzueignen.

Zweitens: Psychologische, insbesondere psychoanalytische Ansätze werden seit ihrer Entstehung auch stets im Kampf gegen den Kapitalismus und gegen das Patriarchat genutzt. So ist etwa die neue Frauenbewegung überhaupt nicht zu denken, ohne ihren Bezug auf psychologische Konzepte und Theorien. Frauen bezogen darüber Begriffe, die sie erkennen machte, dass sie erst – auch mit Hilfe der Psychologie – zwangsweise zu Frauen wurden und sie heute als solche ›anders denken‹, ›anders moralisch handeln‹, ›anders sind‹. ›Frau sein‹ erschien somit nicht mehr als Schicksal. Die Psychologie stellte ein Mittel dar, um das Geschlechterverhältnis als Herrschaftsverhältnis zu repolitisieren, mithin wurden nicht zuletzt psychologische Techniken in der Absicht eingesetzt, den ›kleinen Unterschied‹ auszusetzen.

Kurzum: Psychologien wurden und werden Teil von dezentralen Herrschafts- und Selbstführungstechniken, sie fügen sich aber auch in den Kampf gegen sie ein; oder anders ausgedrückt: Es lässt sich zeigen, dass die durch Regierungen hervorgebrachte Form des Subjekts – Individuum mit Psyche – und dessen Selbstführungstechniken von eben diesen Subjekten als Widerstandsmöglichkeit verwendet werden, um eben nicht so und um diesen Preis regiert zu werden. Im konkreten Fall bedeutet das aber auch, dass das Spiel der Regierung in gewisser Weise fortgesetzt wird: So haben zwar all die genannten Gegeninitiativen private Lebensbereiche politisiert, sie haben originelle Bewusstwerdungsprozesse in Gang gebracht, kollektive Aktionen und institutionelle Neugründungen evoziert. Aber sie haben auch neues Terrain für subtilere Formen der psychischen Sorge erschlossen, sie wurden ins Establishment wie auch vom Kapital reintegriert und haben zu einer Intensivierung des Begehrens nach dem Selbst geführt. Das heißt, sie haben letztlich ein Regieren durch den Modus der Psyche verstärkt und damit die Bedingungen für eine Psychopolitik mit hervorgebracht.



Wenn ich dieses betone, dann nicht in der Absicht, die Verdienste derjenigen zu schmälern, die mit der und gegen die Psychologie und ihre herrschaftlichen Effekte gekämpft haben. Ich will auch nicht andeuten, dass jedweder Kampf mit der Psychologie für ein anderes Leben zwangsläufig zur Systemintegration verurteilt ist oder Psychotherapie nur affirmativ wirkt.

Ich will vielmehr ganz nüchtern auf eine doppelte Ambivalenz aufmerksam machen, in der wir stecken: Die erste sehe ich darin, dass wir durch die Psyche unterworfen, aber auch ermächtigt sind, was bedeutet, dass die Unterwerfung durch die Psyche es nicht nur unerlässlich, sondern auch möglich macht, eben als dieses psychische Subjekt mit spezifischen Begehren und mit spezifischen Leiden diese Regierungsweise selbst zu hinterfragen.

Die zweite Ambivalenz besteht darin, dass selbst, wenn es gelingt, psychopolitische Gegenregierungen anzustoßen, man nicht gänzlich aus dem hegemonialen Regierungsmodus herauskommt. Schon allein deswegen nicht, weil man existenziell, das heißt mit der eigenen Konstituierung als Subjekt, in diesen Modus verwickelt ist. Man macht notwendig nie das ganz Andere, das außerhalb hegemonialer Regierung zu verorten wäre, weil es die Grundlage der eigenen Existenz gefährden würde.

Zum Schluss noch ein Wort direkt zur Psychotherapie: Sofern es stimmt, dass die Macht psychisch geworden ist (Butler 2001), also den Effekt hat, uns als Subjekte mit einer Psyche hervorzubringen und wir auf diese Weise regierbar werden, dann kann die Praxis, Menschen durch Psychotherapie zum Leben zu verhelfen, ohne Zweifel als eine politische gelten. In Zeiten der permanenten Angst ist sie ein möglicher Beistand. Die vordringliche Aufgabe einer Psychotherapie sollte meiner Ansicht nach jedoch eher darin bestehen, diesen Akt der Einführung der Psyche in die Konstituierung des Individuums zum Subjekt offen zu legen. Sie sollte zeigen, dass wir historisch mit einem Begehren zu einem Selbst ausgestattet sind, und dies mit gegenwärtigen Formen ökonomisch-neoliberaler Regierungsweisen korrespondiert.

Ironischerweise wäre hierbei möglicherweise das Ziel einer Psychotherapie, das Individuum und die Weise, wie es sein Leben zu führen vermag, letztlich vom Gewicht der Psyche zu entlasten; die Form unseres Seins und den Gegenstand dessen, was wir als Psyche verstehen, neu zu bestimmen. Ein gutes oder besseres Leben wäre – vielleicht – frei von der Last der Psyche, vielleicht frei von der Psyche überhaupt. Und vermutlich macht es politisch am meisten Sinn, statt der privaten Psychotherapie eher kollektive, soziale Lebensformen zu suchen, in denen die Psyche nicht mehr so schwer ist, weil es nicht darum geht, man selbst sein zu müssen.

Vielen Dank für Eure Aufmerksamkeit.

*

Epilog

Immer noch am Schreibtisch mit Blick ins Grau, das Gewicht der Psyche auf den Schultern, da denke ich gerade, dass das gute Leben der Form nach mit Bestimmtheit nicht identitär, sondern womöglich ästhetisch wäre. Nein, nicht kunstvoll oder künstlerisch; weder genial noch avantgardistisch. Ich meine, es wäre nicht hingeworfen wie Ramsch, keine Massenware,

gar keine Ware, kein zweite-Klasse-Leben, gar keine Klasse; es wäre durch Schönheit charakterisiert; weil nur tatsächlich schön ist, was in seiner singulären Praxis anerkannt ist. Und ist nicht umgekehrt jede singuläre Praxis, die Anerkennung erfährt, wunderschön? Vielleicht lohnt es sich, in dieser Richtung weiter zu gehen:

Das gute Leben – schön wäre es wahrscheinlich.

Alexandra Rau

PS: Danke an Christian Kolbe und Uta Schirmer für Unterstützung und Kritik.

***.notes**

*.// Dieser Text ist ein Sample aus bereits veröffentlichten Texten. //

1# Mir ist klar, dass diese Gleichsetzung der Psychoanalyse mit anderen Psychotherapieformen und der Psychologie als Disziplin im allgemeinen unter dem Aspekt ihrer herrschaftskritischen Intention wie auch ihres gesellschaftstheoretischen Gehalts nicht zulässig ist und hier qualitativ zu differenzieren wäre. Gleichwohl meine ich, dass in allen Psy-Ansätzen die drei Technikelemente, die oben benannt sind (Technik zur Arbeit an sich selbst, Technik zur Kontrolle, Technik zum Leben) enthalten sind, wenn auch in unterschiedlicher Gewichtung.

2# Ich verzichte an dieser Stelle darauf, dies nachzuzeichnen und auch darauf, dass die Psychologie in Gestalt der Psychophysiologie einen maßgeblichen Beitrag zur modernen Geschlechterdifferenz geleistet hat (Honegger 1991). Angemerkt sei lediglich, dass ein Subjekt mit Psyche zu sein, immer schon bedeuten wird, ein Subjekt spezifischen Geschlechts zu sein. Dies wird sich als nicht unerheblich in den Kämpfen gegen weibliche Subjektivierungen erweisen; spezifischer zu diesem Thema: Rau 2006.

3# Auch etwa in den USA, Japan und der Sowjetunion.

4# Die Institutionalisierung der Psychotechnik ist insbesondere in den zwanziger Jahren erfolgreich: Viele Industriebetriebe richten eigene Prüfstellen ein, etwa die großen Werke wie AEG, Borsig, Krupp, Loewe, MAN, Osram, Siemens, die Vereinigten Stahlwerke und Zeiss. Sie findet Eingang jedoch auch in staatliche Einrichtungen, wie den Arbeitsämtern in der Form der Berufsberatung, der Reichsbahn und der Reichspost.

***.ref**

Aulenbacher, Brigitte (2005): Zeitdiagnostik im Nachvollzug der Rationalisierung. Die besondere Berücksichtigung von Geschlecht und die Perspektiven der Debatte zur Subjektivierung von Arbeit. In: Arbeitsgruppe SubArO (Hg.): Ökonomie der Subjektivität – Subjektivität der Ökonomie. Berlin: 253-276.

Butler, Judith (2001): Psyche der Macht. Das Subjekt der Unterwerfung. Frankfurt / M.

Castel, Francoise/Castel, Robert et al. (1982): Psychiatrisierung des Alltags. Produktion und Vermarktung der Psychowaren in den USA. Frankfurt / M.

Castel, Robert (1988): Der Markt der Seele. In: Kamper, Dietmar/Wulf, Christoph (Hg.): Die erloschene Seele. Disziplin, Geschichte, Kunst, Mythos. Berlin: 38-49.

Ehrenberg, Alain (2000): Depression. Müdigkeit, man selbst zu sein. In: Hegemann, Carl (Hg.): Endstation. Sehnsucht. Kapitalismus und Depression. Berlin: 103-139.

Foucault, Michel (1983): Der Wille zum Wissen (Sexualität und Wahrheit I). Frankfurt / Main.

Foucault, Michel (1984): Sexualität und Einsamkeit. Michel Foucault und Richard Sennett. In: Foucault, Michel: Von der Freundschaft. Berlin: 25-53.

Foucault, Michel (2004): Geschichte der Gouvernementalität 2: Die Geburt der Biopolitik. Vorlesung am College de France 1978/1979. Frankfurt / M.

Foucault, Michel (2005/1984): Interview mit Michel Foucault. In: Defert, Daniel/Ewald, Francois/Lagrange, Jaques (Hg.): Michel Foucault. Dits et Ecrits. Schriften in vier Bänden. Band IV. 1980-1988. Frankfurt / M.: 807-823.

Hirsch, Joachim (2001): Wo bleibt das Subjekt für einen »radikalen Reformismus«? In: Bieling, Hans-Jürgen/Dörre, Klaus (Hg.): Flexibler Kapitalismus. Analysen – Kritik – Politische Praxis. Hamburg: 270-280.

Honegger, Claudia (1991): Die Ordnung der Geschlechter. Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib. Frankfurt / New York.

Jaeger, Siegfried/Staeuble, Irmingard (1978): Die gesellschaftliche Genese der Psychologie. Frankfurt / M..

Kleemann, Frank/Matuschek, Ingo et al. (2002): Subjektivierung von Arbeit – ein Überblick zum Stand der soziologischen Diskussion. In: Moldaschl, Manfredet al. (Hg.): Subjektivierung von Arbeit. 53-100.

Lazzarato, Mauricio (1998): Immaterielle Arbeit. Gesellschaftliche Tätigkeiten unter den Bedingungen des Postfordismus. In: Negri, Antonio/Lazzarato, Mauricio/Virno, Paulo (Hg.): Umherschweifende Produzenten. Immaterielle Arbeit und Subversion. Berlin: 39-52.

Maihofer, Andrea (1995): Geschlecht als Existenzweise. Macht, Moral, Recht und die Geschlechterdifferenz. Frankfurt / M.

Rau, Alexandra (2006): »Management des Selbst« und »Psychopolitik«. Gouvernementalitätstheoretische Überlegungen zu Subjektivierung von Arbeit und Geschlechterverhältnissen«. In: Lemke, Meike et al. (Hg.): Genus Oeconomicum. Konstanz.

Virno, Paolo (2005): Grammatik der Multitude. Untersuchungen zu gegenwärtigen Lebensformen. Berlin.

das ist der punkt. diese scheißgesellschaft, die mich die ganze zeit auffordert, diesen normen zu gehorchen. und das ist vielleicht der punkt, an dem man das dreht, das man sagt das ist die krankheit. die norm ist die krankheit, krankhaft ist es normal sein zu wollen, normal sein zu müssen, das ist das, was uns krank macht. während es viel gesünder wäre den ganzen tag zu hause zu bleiben und zu kiffen. jetzt mal so schematisch gesprochen, das wäre der punkt, wo man das zusammendrehen könnte.

X // ja, aber ich mein, ich mach ganz viel, ich mach meine analyse ganz brav und trotzdem geht's mir auch schlecht, also …

Y // aber dazu fällt mir ein, als es mir damals schlecht ging, bin ich zu meinem hausarzt gegangen, der hat mir dann kurzfristig tabletten verschrieben, der wusste auch was ich mache, was ich studiere. und als ich erzählt habe: ›ich mach jetzt 'ne analyse‹, da hat der gesagt: ›ja, das ist doch genau das richtige für sie. das werden sie später auf jeden fall beruflich noch für sich nutzen können.‹

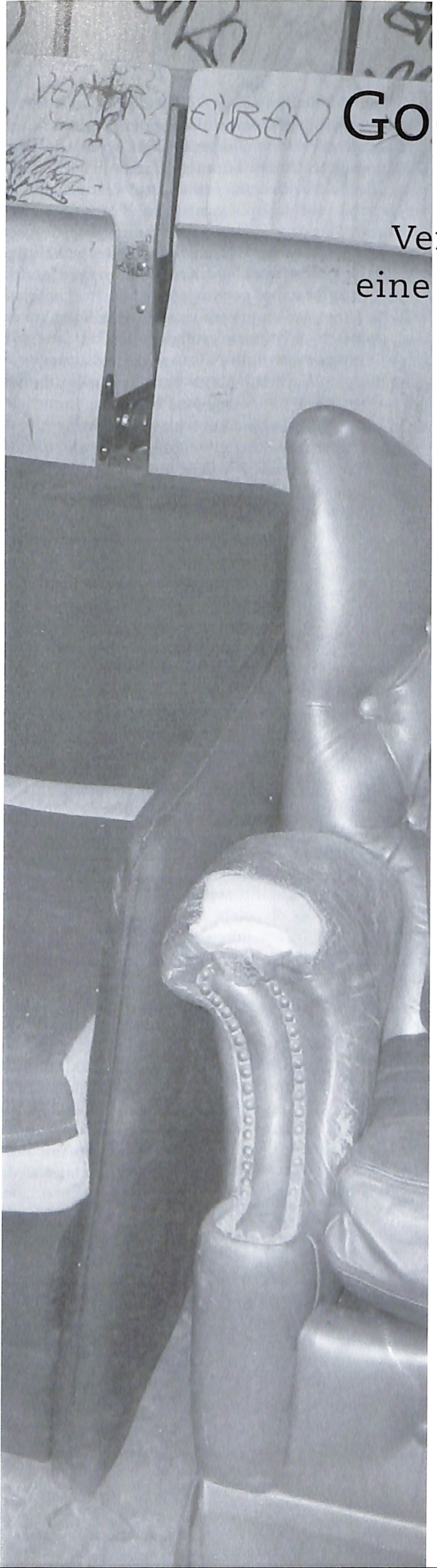
X // wir hatten ja vorhin das gespräch, was es für 'ne klassen- oder ob es noch 'ne ›class‹-ebene in der ganzen diskussion gibt. also, dass in meinem ganzen freundeskreis überwiegend viele leute sind, die 'ne psychoanalyse machen, das ist ja schon 'ne sehr bürgerliche geschichte, was ja auch ganz stark damit zusammenhängt, dass wir funktionieren müssen und das unsere psyche auch halbwegs funktionieren muss; die darf jetzt nicht ganz auf verhaltenstherapie eingestellt sein.
man muss zwar schon bestimmte modi der selbstkontrolle und der selbstdisziplinierung drauf haben, aber man kann sich nicht total mit psychopharmaka und ›die welt ist schön‹-gedanken konditionieren. man braucht auch diese auseinandersetzung mit sich selbst und die reflektion, die man in dem, womit wir unser leben gerade verbringen, nämlich intellektuelle arbeit, reinfließen lassen kann … und dass womöglich auch deshalb, weil diese absolute kritik, die man in den 70ern noch hatte, kein platz mehr hat; dass man eben auch gerade zu leuten, die 'ne andere art und weise haben, mit ihren psychos um zugehen – die sich zum beispiel den ganzen tag totkiffen, nix hinkriegen –, sagt: ›hier mach mal 'ne analyse, das geht so nicht weiter, dass du jeden abend trinkst und verdrängst. das wird ja auch intellektuell langweilig.‹

Y // also, ich finde, wir beschäftigen uns wahnsinnig viel mit innerlichkeit. aber es gibt einfach kontexte, ich würde sagen, fast alle anderen, außer eben dem intellektuellen linksradikalen, wo sowas einfach nicht so einen stellenwert hat. mein bruder beispielsweise ist von seiner freundin nach zweieinhalb jahren verlassen worden und meint: ›aya gut, ich kann jetzt eh nix machen. soll ich jetzt rumheulen? ich kann doch eh nix dran ändern.‹
ich denke dann: ›aaaaah, ich krieg die krise, ja, jetzt heul doch wenigstens mal‹.

X // hm, kürzlich war ich auf so 'ner party und hab da so 'ne neue transe kennengelernt und dann war die die ganze zeit so'n bisschen komisch. wir haben uns dann unterhalten, ich war sehr gut drauf eigentlich, und dann meinte die so: ›ja, ich hab so probleme mit menschen und so‹.
ich fand das irgendwie so …, das war so 'ne selbststilisierung, hm, ich hab dann gesagt: ›ja, und? wir haben doch alle probleme mit menschen, ich hab auch probleme mit menschen und so‹, und sie: ›ja mir gehts oft so total nicht gut‹, und ich: ›ja und? mir gehts auch oft nicht gut und so, und ja alle freundinnen in meinem kreis haben psychoanalyse gemacht und was hast du denn schon gemacht? was, du hast noch keine gemacht? was erzählst du mir denn überhaupt?‹
das war echt diese normalisierung, diese krasse normalisierung, ich muss echt super fies gewirkt haben, ich dachte aber echt immer so: ›ja, ey, mach doch nicht so'n großes ding draus, ist doch normal‹.

Y // ich hab jetzt auch noch mal was anderers … es ist jetzt auch noch keine these, sondern nur 'ne frage. wir hatte dass vorhin auch schon ganz kurz angesprochen … es gibt irgendwie so 'ne kollektive empfindung, dass so 'ne linke szene extrem normativ rüberkommt. man weiß dass bestimmte dinge irgendwie reaktionär sind, so z. b. 'ne rzb, und trotzdem findet man das so toll. und gleichzeitig gibt es so ein schlechtes gewissen. und gleichzeitig findet man schlechtes gewissen durch foucault lektüre auch scheiße …

X // wobei mir schon die ganze zeit bei dieser frage, ob psychoanalyse das nonplusultra ist, auffällt, dass es so 'ne ganz komische zweiteilung innerhalb unserer szene gibt zwischen den leuten, die die psychoanalyse als theoretisches konzept zur gesellschaftsanalyse stark verteidigen, also die tradition der kritischen theorie, freud und marx, und denjenigen, die eher von der diskursanalyse, dekonstruktion und foucault her kommen. letztere machen das dann aber eher praktisch, bei den kritisch-theoretischen denke ich aber immer, dass die das zwar abfei-



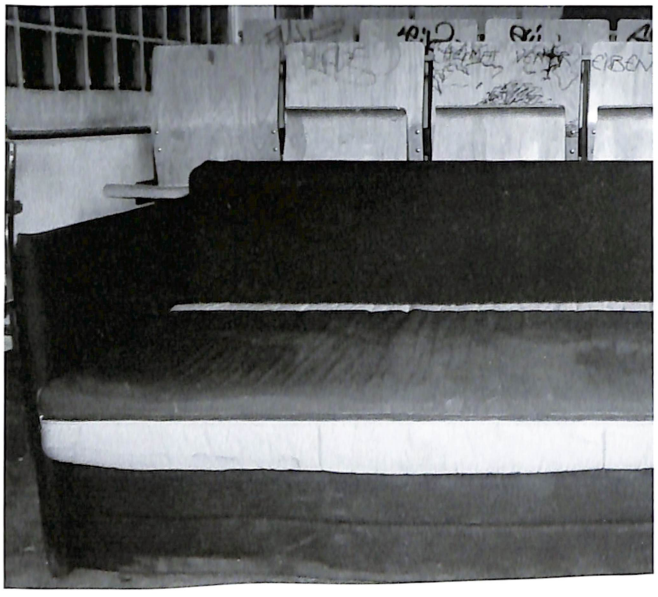
Good Mourning

Über die Bedeutung von Verlust und Trauerarbeit für eine emanzipatorische Politik

Trauer und Melancholie haben ihren Platz, so scheint es, vor allem bei den traurigen Liedern und Filmen, die wir uns abends alleine mit einem Glas Whiskey anschauen, eventuell noch in der Psychoanalyse, in der man die Depression zu heilen sucht. Im linken politischen Diskurs hingegen wird solchen Konzepten zum Umgang mit Verlusten selten Aufmerksamkeit zu Teil, wenn, dann am ehesten noch beim Gedenken an die Opfer der Shoa, wenn die Frage danach gestellt wird, wie erinnert werden soll und kann. Ansonsten werden Trauer und Melancholie als individualpsychologische Konzepte ins Private verdammt. Dabei gibt es zahlreiche Verluste – seien es verlorene Kämpfe oder der Verlust des Wunsches, sie zu gewinnen oder überhaupt zu führen –, die polisches Handeln begleiten, beeinflussen oder auch beenden.

Und wenn die Stille um die Frage von Trauer und Politik schon Teil der Frage wäre? Wenn sich doch von einer Politik der Trauer, von einer melancholischen Politik, sprechen lässt? Dann wäre zu verstehen, wie Verluste das politische Handeln beeinflussen. Wir wollen demnach mit einer Typologie linker Praxen beginnen, die von Verlust geprägt sind. Es geht uns hierbei nicht um eine Pathologisierung des Aktivismus, vielmehr dient die Zuspitzung dieser häufig beobachtbaren Phänomene dazu, die Notwendigkeit einer Politik der Trauer deutlich zu machen, das Feld für spezifischere Analysen zu öffnen und letztlich einen Beitrag zur Praxis zur liefern, einer Praxis, die sich ihrer ›dunklen Seiten‹, ihrer Heimsuchungen durch die gespenstischen Vertreter_innen ihrer Verluste gewahr ist.

Um zu verstehen, was passiert, wenn verloren wird oder das Verlorene zurückkehrt, wollen wir uns die Möglichkeiten und Strukturen des einzelnen Subjekts, auf einen Verlust zu reagieren, anschauen. Wie also funktionieren Trauer und Melancholie? Und warum diese beiden Begriffe? Was eint und unterscheidet sie? Hier bietet uns die Psychoanalyse Konzepte und ein Vokabular, den Spuren des Verlustes und den verlorenen Spuren zu folgen. In einer kritischen Rekapitulation einiger psychoanalytischen Modelle wird es dann auch darum gehen, die Übertragbarkeit solcher Konzepte auf (politische) Kollektive zu erörtern. Wo ist also anzusetzen, nachdem die Begriffe bereit gestellt sind? Es gilt zunächst herauszufinden, ob ein spezifischer Verlust ein politischer ist. Wäre der Verlust vermeidbar



gewesen oder nicht? Die Antworten darauf werden häufig schon Teil der politischen Auseinandersetzung sein.

Die diesem Text vorangehende Frage ist die allgemeine nach dem Verhältnis von Trauer / Melancholie und Politik. Wir werden diese Frage hier nicht verallgemeinerbar beantworten, vielmehr liegt es in der Natur unseres Gegenstands, dass immer nur ein Teil dessen zu erfassen ist, was verloren ging – manche Gespenster zeigen sich erst viel später in der Geschichte oder sind gar nie zu erblicken, während sie uns doch längst im Blick haben. Die Konstellationen von Verlust und politischer Praxis sind somit notwendig spezifisch zu bestimmen und dies ist zumeist auch nur annähernd möglich. Wir werden uns deshalb später im Text auf Beispiele des AIDS-Aktivismus konzentrieren, haben aber die Hoffnung, dass Manches aus der Analyse dessen, was wir dort beobachten können, auf andere, vielleicht alltäglichere Fälle linker Praxis, so z. B. das Scheitern eines Uni-Streiks, übertragbar ist.

Verweigerte Trauerarbeit

Schauen wir uns linke politische Praxen an, sehen wir unweigerlich aus Trümmern von verlorenen Kämpfen und Wünschen hervorgegangene Identitäten und Praxen. Hier zwei Beispiele:

(1) Aus einer radikalen Gesellschaftskritik entspringt das Bedürfnis, das eigene Leben in größtmöglicher Opposition zu den bestehenden Verhältnissen zu gestalten. Wird nun deutlich, dass das gewünschte autarke gute Sein im schlechten Schein ständigen Angriffen ausgesetzt ist, wird der Versuch des guten Lebens schnell zu einer nicht endenden Reihe von Verlusten. Kommt es zu dem Punkt, die eigene Involviertheit in Herrschaftsverhältnisse festzustellen, ist das Projekt der absoluten Opposition umso mehr gefährdet. Dann wird die Grenze zwischen Widerständigkeit und ›reaktionärer Normalität‹ schnell äußerst bedeutend. Eine Möglichkeit, sich ihrer zu vergewissern, ist, ihr durch kategoriale Unterscheidungen von moralisch richtigem und falschem Leben Schärfe zu verleihen. Die Aufrechterhaltung einer solchen Trennung mündet dann notwendig in eine Politik des permanenten Ausschlusses von Personen, Ideen und Analysen, die diese Dichotomie gefährden könnten. Persönliche Bedürfnisse, die nicht ins Schema passen, müssen unterdrückt werden. So führt beispielsweise eine Form ›gelebter‹ radikaler Konsumkritik letztlich zur Fortführung einer protestantischen Verzichts- und Selbstgeißelungsethik. Die widersprüchliche Konstitution der eigenen Bedürfnisse ist dabei genauso wenig thematisierbar wie die ökonomischen Voraussetzungen, ökologisch und politisch richtig einkaufen gehen zu können. Moral funktioniert dabei als Antidepressivum, um trotz des ständigen Scheiterns bei der Einlösung der politischen Ideale im Alltag das Phantasma vom richtigen Leben im Falschen aufrechtzuerhalten.

(2) In einem eher bürgerrechtlichen Spektrum ist man sich der Unmöglichkeit, seinen Idealen im Alltag vollkommen gerecht zu werden, bewusst. Die nahe liegende wie einfache Lösung ist, öffentliches von privatem Leben zu trennen. Politik ist dann, was der ersten Sphäre angehört. Die Praktiken im Privaten können zwar Gegenstand von geschmäcklerischer Kritik sein, werden aber nur in Extremfällen, wie z. B. der physischen Verletzung einer anderen Person, zum Gegenstand politischer Verhandlungen. Praktiken hingegen, die bestehende Herrschaftsverhältnisse, wie das der Heteronormativität, nur stabilisieren, sind zumindest in Bezug auf die in den eigenen Zusammenhängen vorgefunden Alltagspraxen und Lebensentwürfen nicht politisch kritisierbar. Hier liegt das Problem nicht in einer lähmenden Selbstgeißelung begründet. Was bei einer solchen Verkennung des Verlustes droht, ist viel eher der Verlust des unmöglichen Möglichen.

Innerhalb dieser schemenhaft skizzierten Diskurse wird die unvermeidliche Spannung zwischen den eigenen Lebensverhältnissen und den uneingelösten Idealen entweder als solche oder in ihrer verlustvollen Bedeutung ignoriert. Eine solche Verweigerung, den Verlust als politisch bedeutend anzuerkennen, kann nicht nur ein selbst zermürbendes Handeln sein, sondern auch eines mit negativen Auswirkungen auf die politische Praxis. Die beiden zuvor skizzierten Politikansätze oder politischen Strategien bilden exemplarische Pole des politischen Handelns innerhalb des alltäglichen Spannungsverhältnisses von Ideal und Wirklichkeit. Eine politische Trauerarbeit hat darin die Aufgabe, sich der Konsequenzen von verkannten Verlusten bewusst zu sein und Strategien zu entwickeln, die Trauer als Teil oppositioneller Praxis möglich machen.

Trauer oder Melancholie

Was aber bedeutet es zu trauern? Trauer wird von Freud in »Trauer und Melancholie« als die regelmäßige »Reaktion auf den Verlust einer geliebten Person oder einer an ihre Stelle gerückten Abstraktion wie Vaterland, Freiheit, ein Ideal usw.« (Freud 1917/46: 428) verstanden. Daneben beschreibt er die melancholische Verstimmung als eine besondere, nicht regelmäßige, also pathologische Reaktion auf einen Verlust.

Freuds Beschreibungen von Trauer und Melancholie weisen dennoch, bis auf einen Unterschied in der Störung des Selbstwertgefühls, große Ähnlichkeiten auf, sie zeichnen sich aus durch eine »schmerzliche Stimmung, den Verlust des Interesses für die Außenwelt, […] den Verlust der Fähigkeit irgendein neues Liebesobjekt zu wählen [und] die Abwendung von jeder Leistung, die nicht mit dem Angedenken des Verstorbenen in Beziehung steht« (ebd.: 429). Zu Beginn der Trauerarbeit müsse das Subjekt, um überhaupt trauern zu können, erkennen, dass ein geliebtes Objekt nicht mehr existiert, wobei Objekt hier und im Folgenden im Sinne von Freuds obigem Zitat allgemein für das steht, was verloren wurde, sei es nun eine Person oder Abstraktion. Freud nennt diesen Prozess Realitätsprüfung. Ist diese erfolgreich absolviert, ist also der imaginäre Totenschein ausgestellt, muss jede einzelne Erinnerung und Erwartung, jede mit dem verlorenen Objekt bestehende Verknüpfung, gelöst werden, um nach der Vollendung der Trauerarbeit wieder »frei und ungehemmt« (ebd.: 430) sein zu können. Das Subjekt wird vom »Realitätsprinzip« quasi vor die Frage gestellt, ob es das Schicksal des verlorenen Objektes teilen will, »und lässt sich durch die Summe der narzisstischen Befriedigungen, am Leben zu sein, bestimmen, seine Bindungen an das vernichtete Objekt zu lösen« (ebd.: 442).Es ist somit diese, von Freud als »Prämie des Am-Leben-Bleibens« bezeichnete Motivation, die das Subjekt dazu bringt, das verlorene Objekt für tot zu erklären und damit die Trauerarbeit zu vollenden.

Die Melancholie unterscheide sich von der Trauer dadurch, dass in ihr der Verlust dem Bewusstsein entzogen ist. Dies kann ein Verlust sein, bei dem die Abhängigkeit vom verlorenen Objekt zu groß ist, als dass das Objekt und die Bindungen mit ihm aufgegeben werden könnten. Aus Perspektive des verlassenen Subjekts hat der Verlust dann niemals stattgefunden, weil er nicht anerkannt werden kann. Was bleibt, ist ein Wissen vom Verlust, nicht aber davon, was verloren gegangen ist. Der Verlust kann im Falle der Melancholie dem Bewusstsein auch schon immer entzogen gewesen sein, wie beispielsweise das Homosexualitätsverbot dem Subjekt schon ein nicht-heterosexuelles Begehren verbietet, bevor es überhaupt als Subjekt existiert. Ein anderes Beispiel für die Unmöglichkeit zu trauern und damit ein potentieller Fall melancholischer Verinnerlichung des Verlorenen ist der Verlust. für dessen Betrauerung im Hier und Jetzt kein Raum ist, weil z. B. eine Person gestorben ist, deren Identität von der Mehrheitsgesellschaft nicht anerkannt wurde. Im melancholischen Prozess wird das Objekt also nicht aufgegeben. Das Subjekt, das unfähig oder nicht bereit ist, die Libidobesetzung von dem Objekt abzuziehen, wendet diese auf sich selbst zurück, es verleibt sich das Objekt quasi ein. Die affektiven Bindungen zum Objekt bleiben dabei bestehen, sie werden nur gleichsam ins Innere des Subjektes verschoben. Dadurch wird der Verlust als solcher unsichtbar, da das geliebte Objekt zwar in der äußeren Welt verloren ist, im Inneren aber auf magische Art und Weise bewahrt wird. Mit dem Objekt leben aber auch die unausgesprochenen und -gefochtenen Auseinandersetzungen, die das Subjekt zuvor mit dem verlorenen Objekt verband, im Inneren fort, wobei sie die Form von Selbstanklagen annehmen und zu Lähmung und Depression führen. Die Ambivalenzen zwischen Objekt und Subjekt verwandeln sich im Inneren zu einem Konflikt zwischen »einem Teil des Ichs und der kritischen Instanz« (ebd.: 446). Freud bringt das Dilemma von Trauer und Melancholie auf die Formel, dass, wenn der/dem Trauernden die Welt verarmt und leer ist, der Melancholiker_in das Ich verarmt und leer erscheint.

Politics of Mourning

Wenden wir uns nach dieser kurzen Einführung von Freuds Begrifflichkeiten wieder der Politik zu, stehen wir vor dem Problem, dass das psychoanalytische Bild der Trauer das eines individuellen und abschließenden Vorgangs ist. Trauerarbeit im Sinne Freuds scheint also zunächst schwer vereinbar mit den Ansprüchen einer politischen und kritisch historischen Position, da es sich im Fall politisch relevanter Verluste meist um kollektive Verluste handelt, meist auch solche, bei denen das verlorenen Objekt nicht ohne weiteres aufgegeben werden soll.

Im Falle des z. B. alters- oder unfallsbedingtem Verlusts einer geliebten Person ist es wünschenswert, wenn die ›Realitätsprüfung‹ zeigt, dass »das geliebte Objekt nicht mehr besteht«(ebd.: 430) und somit von ihm abgelassen werden kann. Jede würde einer Freundin raten, eine beendete Liebesgeschichte oder den Tod einer engen Freundin zu akzeptieren und nach einer gewissen Zeit das eigene Leben weiterzuleben. Die Realitätsprüfung, nach der die psychoanalytisch definierte Trauerarbeit verlangt, ist dann also notwendig, um sich von dem verlorenen Objekt lösen zu können. Sie birgt nun aber in anderen Fällen die Gefahr, durch den Versuch, einen Abschluss zu finden, die möglicherweise für den Verlust verantwortlichen politischen Ursachen auszublenden. Aus einer gesellschaftstheoretischen Perspektive bekommt Freuds Satz vom Sieg des Realitätsprinzips einen fatalistischen Beigeschmack. Zunächst gilt es also zu bestimmen, ob der Abschluss der Trauerarbeit wünschenswert ist. Was ein ›gewöhnlicher‹ Verlust und was ein politisch relevanter ist, wird dabei ebenso diskursiv bestimmt, wie die Grenze zwischen pathologischem und normalem Trauern sowie privatem und öffentlichem Trauma. Diese Unterscheidungen sind gekoppelt an Fragen nach dem Status des Verlustes. Handelt es sich überhaupt schon um einen Verlust, lohnt es sich noch zu hoffen oder ist noch Hoffnung zu kämpfen? War der Verlust vermeidbar? Where did the misery come from? Handelte es sich bei dem Verlust um einen scheinbar unausweichlichen Teil der menschlichen Existenz? Gibt es eine Möglichkeit, den Verlust öffentlich zu betrauern? Existiert eine Sprache, die den Verlust in Worte zu fassen weiß? Eine politische Trauerarbeit hätte die Aufgabe, gesellschaftliche und politische Hintergründe und Ursachen für die Verluste sichtbar zu machen, also in Einklagung einer Obduktion die Bestattung zu verwehren. Es wäre zu überprüfen, ob eventuell nur ein komatöser Dornröschenschlaf vorliegt, ob den depressiven Prinzen zu küssen, diesen wieder zum Leben erwecken, zum Tanzen bringen

würde. Ebenso sollte überprüft werden, ob die lebenserhaltenden Instrumente vorsätzlich abgeschaltet wurden, ob beispielsweise die ›Opfer des Hurrikans Katrina‹ nicht doch Opfer einer rassistischen, klassistischen Politik waren, ob der wiederholte antisemitische Übergriff nicht doch andere Gründe als die Frustration von unterpriviligierten Jugendlichen hat.

Trauer und Militanz

Was sind also die Reglementierungen, denen Trauerprozesse unterliegen? Auch die Geschichte des AIDS-Aktivismus Ende der 1980 er und Anfang der 1990 er Jahre in den USA bietet hierfür einige Beispiele. Für die damals noch relativ junge schwul-lesbische Bewegung war die Konfrontation mit dem Verlust, dem Tod von Freundinnen und Freunden, unumgänglich. Die häufig verweigerte staatliche medizinische Unterstützung stellte das Sterben an AIDS von Beginn an in einen politischen Kontext.

Douglas Crimp, Teil dieser Bewegung, versucht in seinem 1989 erschienenen Aufsatz »Mourning and Militancy« die Bedeutung der unzähligen Verluste, der die Schwulenszene damals ausgesetzt war, für den Aktivismus zu untersuchen. Er zeigt eindrücklich, wie insbesondere Schwule ihre Trauer über die an AIDS verstorbenen Freunde unterdrücken mussten. Von einer schwulenfeindlichen Gesellschaft war nicht nur keine Solidarität mit dem massenhaften Sterben zu erwarten, sondern vielmehr wurden die Toten wie hinterbliebenen Freunde für das Sterben selbst verantwortlich gemacht. Da die Familien der meisten an AIDS Verstorbenen diesbezüglich keine Ausnahme bildeten, machte es deren Anwesenheit bei der Beerdigung häufig nötig, den gemeinsamen Lebensstil zu verbergen, den eigenen Alltag, in dem der Verlust verankert war, zu verleugnen. Die gesellschaftliche Verhinderung der eigenen Trauer ist gewaltvoll. Sie entweiht die Erinnerungen an den Tod und ruft Wut hervor. Für solche nach außen gerichteten Gefühle ist, wie wir oben gezeigt haben, in Freuds Beschreibung von Trauer kein Platz. »Freud does not say what might happen if mourning is interfered with, but insofar as our concious defense direct us toward social action, they already show the deference to reality that Freud attributes to mourning's accomplishment« (Crimp 1989: 9).

Der aktivistische Impuls speist sich noch aus einem zweiten Konflikt, so stellt der Trauernde laut Freud in Form einer narzisstischen Befriedigung fest, dass er noch lebt, und macht es so möglich, die Verbindung mit dem verlorenen Objekt zu lösen. »But how are we to dissociate our narcisstic satisfaction in being alive from our fight to stay alive? And, insofar as we identify with those who have died, how can our satisfaction in being alive escape guilt at having survived?« (ebd.). Im Aufzeigen all dieser Schwierigkeiten zeigt Crimp, dass die politische Intervention notwendig ist, um unter den genannten Umständen überhaupt erst trauern zu können. Dennoch war für die Aktiven, selbst wenn Raum zum Trauern erkämpft wurde, und vermutlich mehr noch für die, die aus welchen Gründen auch immer gar nicht erst aktiv geworden sind, nicht der ganze Verlust zu betrauern. Crimp zeichnet die daraus resultierenden melancholischen Konsequenzen der gesellschaftlichen Verweigerung von Anerkennung und Unterstützung nach. So fand die moralische Selbsterniedrigung – ein zentrales Moment der Melancholie – weite Verbreitung unter den von der AIDS-Epidemie Traumatisierten. Als Beispiel einer solchen melancholischen Selbstkasteiung führt Crimp das Buch »After the Ball« zweier schwuler Autoren an, die sich an die ›Szene‹ richten mit dem Ziel, die Differenz gegenüber der heterosexuellen Norm um den Preis aufzuheben, all die in der Gemeinschaft auszuschließen, die das Bild der Normalität stören könnten. »Kirk and Madsen's reliance on homophobic myths to describe what we really are demonstrates, in any case, not their understanding of homophobia, but their complete identification with it« (ebd.: 14). Diese Identifikation mit dem gesellschaftlichen Hass auf die Abweichung von der heterosexuellen Norm ist Teil des melancholischen Prozesses, wie wir ihn oben beschrieben haben. Verloren wurden nicht nur Freunde, sondern auch die Möglichkeit sexueller Praxen. Wird dies nicht betrauert und als verlorenes Ideal einer Praxis einverleibt, dann wird damit der Verlust verleugnet, mehr noch wird das der gesellschaftlichen Norm geschuldete ambivalente Verhältnis zu der vormaligen eigenen Praxis ins Innere verlagert und entfaltet sich dort zum Konflikt zwischen den psychischen Instanzen. Crimp weist von diesem Beispiel, wo der melancholische Prozess zur Identifizierung mit der Homophobie führt, darauf hin, dass die Gewalt, die diesem melancholischen Prozess eigen ist, sich auch anders artikulieren kann. Ob die Betroffenen nun einzig von Wut und Frustration angetrieben sind, politisch zu handeln oder so sehr von Angst gelähmt sind, dass ihnen dies nicht möglich ist, in beiden Fällen werde die Gewalt verleugnet, die das eigene psychische Leben durchdringt. Dieses selbstzerstörende Moment zu verstehen, heißt auch, die Gewalt zu lokalisieren und letztlich das Verhältnis von Psyche und sozialem Leben näher zu bestimmen. »By making all violence external, pushing it to the outside and objectifiying it in ›enemy‹ institutions and individuals, we deny its psychic articulation, deny that we are effected, as well as affected, by it« (ebd.: 16). Beispiel für die mangelnde Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben sind die Vielzahl von AIDS-Aktivist_innen, die alle ihre Energie in die politische Arbeit stecken, dabei aber über ihre eigene Situation, die häufig von Infektion, Krankheit und Medikation geprägt ist, nicht sprechen. Der Aktivismus kann die Aktiven weder vor Infektion, noch vor vermeidbar frühzeitigem Sterben bewahren. »We fail to confront ourselves, to acknowledge our ambivalence, to comprehend that our misery is also self-inflicted. [...] But if we understand that violence is able to reap its horrible rewards through the very psychic mechanisms that make us part of this society, then we may also be able to recognize – along with our rage – our terror, our guilt, and our profound sadness. Militancy, of course, then, but mourning too: mourning and militancy« (ebd.: 17 f.).

Positive Melancholie

Eine Trauerarbeit, die vor allem die Arbeit ist, den Verlust überhaupt erstmal anzuerkennen, ist, wie Crimp gezeigt hat, politisch auch wichtig, um selbstzerstörende melancholische Reaktionen zu vermeiden. Nichtsdestotrotz kann Trauer nicht abschließend sein, wie Freud später in Bezug auf seine oben skizzierten Beobachtungen anmerkte. Die Trennung zwischen Trauer und Melancholie könne nicht so scharf gezogen werden, vielmehr sei die Besetzung des Ichs durch ein unbetrauertes, verlorenes Objekt konstitutiv für das Entstehen desen, was man Charakter nennt. Dies hat weit reichende Konsequenzen für die Theorie der Subjektkonstitution, wie Judith Butler gezeigt hat und auf die diesbezüglich verwiesen sei. Was uns hier interessiert, ist, wie die bewahrenden und aufhebenden, also melancholischen Spuren der Trauer für eine politische Trauerarbeit produktiv gemacht werden können. Steckt in der Verweigerung, der Realität Recht zu geben und vom Verlust abzulassen, nicht auch ein politisches Potential? Was wäre also, wenn wir das Schicksal derer, die die Aufgabe des verlorenen Objekts verweigern, aus seiner psychopathologischen Determinierung lösen, um die – im Sinne Freuds – selbstwidersprüchliche Frage nach einer Melancholie zu stellen, die nicht der Lähmung verfallen ist?

Es müsste eine Verweigerung, ›Schluss zu machen‹, abzuschließen, sein, und sie müsste bewusst bzw. zumindest für die betroffene Person wahrnehmbar sein. Insofern kann es sich zwar im Sinne Freuds nicht um einen melancholischen Vorgang im strengen Sinne handeln, dennoch werden wir im Folgenden zeigen, wie sich der psychischen Struktur der Melancholie zu bedienen ist, um sie entgegen ihrer Bestimmung produktiv zu machen. Ann Cvetkovich hat mit dem Entwurf einer ›positiven Melancholie‹ eben dies getan. In der positiven Melancholie lebt das verlorene Objekt weiter. Die verlorene Person oder das Ideal wird dabei nicht in seinem ursprünglichen Zustand zu bewahren versucht, sondern soll als lebende Tote Teil des gegenwärtigen und zukünftigen Lebens sein.

Ann Cvetkovich beschreibt das Konzept der ›positiven Melancholie‹ als Teil ihrer Erfahrungen und Beobachtungen mit einem Oral-History-Projekt zum AIDS-Aktivismus in den USA. Inspiriert von Douglas Crimp stellte sie sich der Frage, was die Bedingungen und Grenzen eines politischen Aktivismus sind, welcher mit dem massenhaften Sterben von Freundinnen und Freunden, der eigenen Infektion und dem drohenden Tod konfrontiert war und ist. Sie sucht über zehn Jahre später als Crimp nach Antworten und fragt daher auch danach, wie die Erfahrungen bewahrt wurden und werden können, gewährt die offizielle Geschichtsschreibung doch für gewöhnlich wenig Raum für die Verluste einer politischen Aktivist_in. Catherine Gund, eine frühere AIDS-Aktivistin, erzählt Cvetkovich von der Zeit nach dem Verlust ihres politischen Freundes und Lebenspartner Ray Navarro. »To have a legacy is like a present. I think of Ray a lot as a reference for my ideas and experiences. I think about what he might have done in the same situation, where he might have gone with something, how he might have formulated a joke while walking down the street or watching a bad movie. And I do feel sad that he didn't get to work with his ideas for too long, that he didn't get to work them out. From what living the years since then has taught me, I can see that he was just getting started. I can appreciate the privilege of imagining what I want to make of my life and getting to try out some of those fantasies real. And there are times I wish it was him who was saying what he had done and not me imagining it« (Cvetkovitch 2003). Gund hält den toten Freund am Leben. Sie lässt ihn leben, weil sie mit ihm spricht, ihm zuhört. Für ein solches gemeinsames Leben braucht es aber mehr Aufmerksamkeit und Energie, muss das verlorene Andere immer wieder vor den Anforderungen und Widerständen der Realität bewahrt werden. Doch hält diese mehr als bewahrende Trauerarbeit eine Wirklichkeit offen, derer jede emanzipatorische Politik bedarf, um ein anderes als das gegenwärtige Leben denkbar zu machen. Die lebenslange, offene Freundschaft mit dem verlorenen Freund beschreibt Gund darum auch mehr als ermächtigende denn als schwächende Erfahrung. Der für andere unsichtbare, tote Freund ist ihr Quelle zur Inspiration und Aktivität. Sie beschreibt, wie es ihr seit dieser Veränderung in dem Verhältnis zu ihrem verstorbenen Freund wieder möglich geworden ist, politisch aktiv zu sein.

Wie könnte das Konzept einer positiven Melancholie für die alltägliche politische Praxis produktiv gemacht werden? Zum Beispiel nach dem Streik an der Uni: Was könnte die Losung »Nach dem Streik ist vor dem Streik« mehr bedeuten als »Wir machen weiter«, und vor allem: »Wie denn weiter?« Die minimale Forderung nach einem gebührenfreien Studieren mit all seinen Implikationen hinsichtlich eines nichtverwertungsorientierten Studiums droht mit Einführung der Studiengebühren als exotische Träumerei auch von denen abgewehrt zu werden, die zuvor noch ihre Solidarität mit den Streikenden bekundet hatten. In der ›neuen‹ Wirklichkeit schwindet der Raum dafür, sich vorzustellen, wie anders das Studieren jenseits von ökonomischen Verwertungskriterien sein könnte. Hier ist es

politisch notwendig, eine Vorstellung davon im Alltag am Leben zu erhalten. Wendet man sich den einzelnen Protagonist_innen zu, so wird schnell deutlich, dass auch auf kollektiver Ebene Trauerarbeit gefragt ist, soll der Verlust nicht individualisiert werden, in stiller Apathie, lähmendem Moralismus oder der aggressiven Wendung gegen die eigenen Ideale münden. Im Sinne einer positiven Melancholie müsste die Vorstellung davon, wie ein besseres Leben und Studieren aussehen könnte, praktisch lebendig gehalten werden. Es würde darum gehen, Strukturen zu schaffen und zu verteidigen, die einen Teil dessen, was gegenwärtig nicht sein darf, praktisch machen. Abiturzeugnisse und Scheine fälschen, Hausarbeiten tauschen, Anwesenheitslisten von Freund_innen ausfüllen lassen und die dadurch gewonnene Zeit zur Simulation des freien Studiums verwenden. So den Horizont des Vorstellbaren gegenüber dem Bestehenden zu erweitern, erfordert in gewisser Weise eine Verkennung der Anforderungen des Realitätsprinzips, in diesem Falle vertreten durch ökonomische Verwertbarkeitslogik und Lohnarbeitszwang.

Eine Politik der positiven Melancholie wäre also ein Stück weit die Rückkehr zu jener unsichtbaren Freundin aus Kindertagen, die jenseits ihrer zickigen Eigenheiten das Begehren nach dem Verbotenen, dem scheinbar jenseits der eigenen Möglichkeit Liegenden, immer unterstützte.

Good Mourning

Abschließend wollen wir, Bezug nehmend auf Freuds späte und zuvor schon erwähnte These von der Unabschließbarkeit der Trauer, zumindest noch kurz das Verhältnis von Trauer/Melancholie und Geschichte ansprechen. Verluste – seien sie betrauerte, seien sie melancholisch verinnerlichte – sind eingeschrieben in jedes Subjekt, bilden dessen Grundlage und damit auch in größerem Rahmen unsere politischen Wirklichkeiten. Der Blick einer emanzipatorischen Trauerarbeit auf die größeren Zusammenhänge, richtet sich unweigerlich auf das Verhältnis von Trauer und Geschichte. In letzterer wimmelt es von Gespenstern, seien es beispielsweise die von Marx, wie Derrida sie beschrieben hat, oder die ungewünschten eines bestimmten historisch gewachsenen Antisemitismus. Ihrer Gegenwart gewahr zu werden, ist Aufgabe jeder emanzipatorischen Politik und wäre im Sinne Derridas der Horizont der Gerechtigkeit überhaupt. Hier wird eine historisch sensible Trauerarbeit nötig, die sich in eine ähnliche Position wie Benjamins Engel der Geschichte versetzt, die Geschichte nicht mehr länger als chronologisch determinierte, fortschreitende Narration versteht, sondern das gegenwärtig Zukünftige wie Vergangene als das eigene historische Handeln bedingend. Wenn die Geschichte, an deren Ende das historische Subjekt steht, Brüche, kohärente Zusammenhänge störende Episoden enthält, die sich als Spuren ins Subjekt einschreiben, wächst die Bedeutung und das Potential einer sich immer neu mit der eigenen Geschichte auseinandersetzenden Historiographie. Sich immer wieder mit den Verlusten, dem Scheitern und den Enttäuschungen der Geschichte auseinanderzusetzen, ohne diese aber in neurotischer Verdrehung zu externalisieren oder gegen sich selbst zu richten, wäre so ein Teil der politischen Trauerarbeit. Es könnte z.B. heißen, aus dem Verständnis für die Dringlichkeiten einer Revolution die Geschichte des Scheiterns und der schrecklichen Fehler der Oktober-Revolution neu zu schreiben.

Eine emanzipatorische politische Praxis kommt nicht umhin, sich mit alltäglichen und historischen Verlusten der geführten, gewünschten und gegenwärtig unmöglichen Kämpfe zu befassen, sie also zunächst überhaupt erst als solche anzuerkennen. Etwas potentiell oder real Verlorenes zu bewahren, es lebendig, also in Entwicklung begriffen zu erhalten, ohne sich dabei von der gesellschaftlichen Wirklichkeit abzuwenden, scheint unter psychopathologischen Prämissen unmöglich. Dennoch ist es gerade dieser Widerspruch, der in seiner Spannung Grundlage einer sich täglich neu konstituierenden emanzipatorischen Politik ist. Eine andere Praxis der alltäglichen politischen Trauerarbeit, jenseits des Ausschlusses individueller, widersprüchlicher Bedürfnisse und Verhaftungen aus der politischen Sphäre, aber auch jenseits des Ausschlusses einer politischen Perspektive auf eben diese Bedürfnisse, kann sich somit nur aus dem jeweils neu zu verhandelnden Umgang mit dieser konstitutiven Spannung ergeben.

Flo Maak und Dascha Klingenberg

.ref

Douglas Crimp: Mourning and Militancy, in Joan Copjec u.a. (Hg.), *October*, No. 51, Cambridge und London 1989, S. 3 – 18

Ann Cvetkovich: AIDS Activism and the Oral History Archive, in The Barnard Center of Research on Women (Hg.): *The Scholar & Feminist Online*, Volume 2, No. 1, Summer 2003, AIDS Activism and the Oral History Archive, a. a. O.; URL: http://www.barnard.edu/sfonline/ps/cvetkovi.htm (Stand 11.10.05)

Freud, Sigmund: Trauer und Melancholie, in ders.: Gesammelte Werke, Band 10, Erstveröffentlichung London 1946, Ausgabe 1999 Frankfurt am Main, S. 428 - 446

wobei mir schon die ganze zeit bei dieser frage, ob psychoanalyse das nonplusultra ist, auffällt, dass es so 'ne ganz komische zweiteilung innerhalb unserer szene gibt zwischen den leuten, die die psychoanalyse als theoretisches konzept zur gesellschaftsanalyse stark verteidigen, also die tradition der kritischen theorie, freud und marx, und denjenigen, die eher von der diskursanalyse, dekonstruktion und foucault her kommen. letztere machen das dann aber eher praktisch. bei den kritisch-theoretischen denke ich aber immer, dass die das zwar abfeiern, aber niemand von ihnen je 'ne analyse gemacht hat, sondern die das dann als herrschaftstechnik so einsetzen, was es dann auch so unangenehm macht.

wenn wir uns gegenseitig immer vorwerfen: ›du projizierst‹ dann ist das auch 'ne frage des umgangs damit, weil die psychoanalyse auch unglaublich kontrollierend sein kann.

dass ich das noch aus meinen jugendjahren kenne, als wir angefangen haben, uns damit zu beschäftigen, dass wir uns immer gegenseitig so fertig gemacht haben. so: ›ach, hier sieht man doch deine analnarzistische fixierung!‹ Man war immer total entwaffnet, weil man nichts dagegen sagen konnte. weil sonst: ›abwehr, widerstand, es gibt kein ruhiges hinterland!‹

krasse jugend hast du gehabt!

ja in unserem urlaub hatte ich das. da hat ein freund von mir aufgedeckt, dass ich eigentlich negrophil bin und so.

psychoanalyse nur mit waffenschein! haha.

also eine freundin von mir, die auch schwer depressiv ist, hat immer gesagt: ›auf keinen fall psychoanalyse.‹ sie hat in ihrer einführungswoche an der uni ›kripsis‹, kritische Psychologen, kennengelernt, die gesagt haben: ›psychoanalyse: die versuchen irgendwelche konflikte aufzulösen, die doch gar nichts mit deinen eltern, sondern mit dem system zu tun haben. dann doch lieber verhaltenstherapie, da lernst du wenigstens, wieder fit zu werden für den kampf.‹

aber die versuchen nicht so zu tun, als könnte man irgendwie geheilt werden. und das ist doch der viel kritischere ansatz: wenn ich mich schon therapieren lasse, dann will ich trainiert werden, meinen alltag so auf kette zu kriegen, dass ich weiterhin politisch aktiv sein kann und nicht die ganze zeit im bett liegen muss.

natürlich habe ich es in meiner analyse auch gecheckt, auf was für normierungen es hinausläuft: ich soll 'ne starke persönlichkeit werden; ich soll meine autonomie leben können etc. aus 'ner feministischen perspektive ist das aber ziemlich fragwürdig. warum wird das gesellschaftlich so gehyped? warum hyped man nicht das gegenteil, nämlich zerbrechlichkeit, abhängigkeit, schwäche blablabla.

aber trotzdem war das für mich persönlich genau das erreichbare ziel. mir geht es genau in der jetzigen gesellschaft davon noch beschissener, da hab ich nix von, dann eigne ich mir diese normen doch erst mal an, um dann sagen zu können: ›fuck you.‹

in der psychoanalyse versuchen die therapeuten ja eher, einem ein gutes gefühl mit seiner geschlechtsidentität einzureden. wenn ich meiner therapeutin erzähle, worüber ich mich mit meinem freund streite, dann findet die das immer absurd. sie sagt dann: ›das ist doch ihre sache und das ist doch seine sache. warum streiten sie sich da überhaupt.‹

aber dass das ein thema von konflikten in einer rzb sein könnte, findet sie immer ein bisschen komisch, so von wegen: ›er ist doch ein mann und sie sind 'ne frau, das ist doch wunderbar alles.‹

sie kann das gar nicht nachvollziehen?

gut, man kann auch nicht von seiner therapeutin erwarten, dass sie irgendwie 'ne linksradikale ist und das leisten auch einfach therapeuten nicht. wenn leute mit mir darüber sprechen, dass sie gerne 'ne therapie machen würden aber nicht wüssten, wo sie die dekonstruktivistische, anti-antisemitische, linksradikale therapeutin herkriegen sollen, muss ich immer lachen. das ist doch totaler schwachsinn. man muss nicht immer 'ne linke therapeutin haben, die kann auch so scheiße sein wie deine mutter. da kannst du dich ja auch super dran abarbeiten … ich mein, klar will man immer verständnis dafür haben, für das, womit man sich beschäftigt. aber ich glaube nicht, dass sich der therapieerfolg daran messen lässt, wie linksradikal die therapeutin ist.

das ist womöglich 'ne sehr konservative sicht, aber …

… aber da setzt doch gerade die normierung ein, wenn die therapeutin sagt: ›ja, also das ist ihr hobby – zu glauben, dass man geschlechter dekonstruieren sollte –, mit ihren echten psychischen problemen hat das aber nichts zu tun.‹

ich traf einfach die entscheidung damals: ›ich rede mit meiner therapeutin nicht über deutschland, nicht über holocaust, nicht über den sicherheitsstaat.‹ natürlich kann ich mich hinsetzen und kann der eine stunde lang erklären, warum das so scheiße ist. aber dann denke ich: ›ich bezahl doch keine 120 euro, um jemandem die welt zu erklären. ich geh hin, damit die mir hilft.‹ deshalb behalte ich alles, was ich besser weiß, für mich und denke mir: ›erzähl mir was du besser weißt; wenn du mich bezahlst, dann erkläre ich dir auch mal was.‹

Über die zwangsläufige Entwicklung, wie das Kinderkriegen von Lesben zur »Produktion von Monstern« führt und welche Rolle »verantwortungslose Soziologen« in dieser Affäre spielen…

…oder auch:

Eine Einführung in die Sozialisationstheorie mit Prof. Dr. Ulrich Oevermann

»Also, noch krasser formuliert: Ist. Familie. substituierbar durch eine nichtfamiliale Sozialisation in Heimen – und da habe ich die ganz starke Thesen: NEIN! ja.

Und ich würde sogar soweit gehen, wir haben so was untersucht inzwischen: Kinder, die auf In-se-mi-na-tion beruhen, ja, auf künstlich-, also, ja, auf künst-, also auf künstlicher Insemination in lesbischen Paaren, ja. Wir haben das untersucht, wir haben das gehabt, äh, die: das ist ein *einziger* Verhau und führt zu Produktion von Monstern, ja.

[…] Psychischen. Monstern. Wir haben einen Fall, da ist folgendes passiert. […]

In einem anderen Fall ist die eine lesbische Frau ein umgewandelter Mann, ja. Und der umgewandelte Mann, ja, äh… kann nicht *schwanger* werden, ne. Also – er ist, so – und durch dieses, dass er trotz Umwandlung nicht schwanger werden kann, sondern nur der andere lesbische Partner, ja, wird er nachträglich *erzwungenermaßen* aufgrund nichtmöglicher Schwangerschaft zum Vater des Kindes – sozial, ja. Ohne dass er Vater sein kann, weil er ja umgewandelt worden ist. Eine *einzige* Katastrophe, … ja. Für die Kinder eine Katastrophe, ja, weil die vollkommen durch-, durcheinander geraten.«

Prof. Dr. Ulrich Oevermann in der Veranstaltung am 10.11.2006[1]

Durcheinander geraten? In der Tat! Durcheinander geraten ist hier ganz offensichtlich das so schööön patriarchal-ödipal strukturierte heimelige Bild des Herrn Professor von der hübsch ordentlich als Triade organisierten Kleinfamilie, die er noch dringend braucht, hat er doch schließlich seine Theorie der familialen Sozialisation noch gar nicht fertig gebastelt. Eine Theorie, deren empirische Basis diese »lesbischen Frauen« – die zum Teil ja sogar den Bogen ihrer Identität so weit überspannen und »in Wirklichkeit« ja *eigentlich* als lesbische Frauen getarnte »umgewandelte Männer« sind! – immer und immerzu kaputtmachen wollen!

Und dabei ist es wahrhaftig nicht das erste Mal:

»Also, es hat bei mir mal eine Diplomarbeit vor langer Zeit gegeben, als es die Ideologie gab, von altem Feminismus, man braucht keine Väter, die sind nur hinderlich und Luxus und so weiter und – stören nur. Ja. *Kinder* wollen wir haben – aber ohne Väter […]

Ich habe diese … das für eine Ideologie gehalten und habe gesagt, das muss man mal untersuchen. Und da hat einer sich dieses Themas angenommen, hat darüber eine Diplom-, und erstmal versucht, die Fälle ausfindig zu machen. Das war schon für sich ein *interessantes* Ergebnis. Weil im ganzen Rhein-Main-Gebiet gab es nur ganz. wenige. Fälle. Und dass er diese Fälle alle hatte, konnte man daran sehen, dass er dort, wo er Angaben darüber, wo gibt es solche Fälle gesammelt hat, also in Frauenbuchhandlung, in Frauencafés, in [unverständlich] Treffpunkten und so weiter, waren das *konvergierende* Adressen, also die waren sozusagen… [leise, bedeutungsschwanger] bekannt. Also erstmal war das schon in sich ein aufschlussreiches Ergebnis: Es gab die Fälle nur ganz selten.

In der Ideologie wurde das aber so, als ob das schon ganz häufig war. Das war also schon mal ein *Irrtum.*

Das zweite Ergebnis war, dass die Fälle, die er dann betrachten konnte, also wo er, sozusagen, Daten sammeln konnte. Alle zeigten erstens, dass… diese, die Wahl dieser Ideologie nicht eine freiwillige Entscheidung, sondern die nachträgliche Rationalisierung eines Beziehungsunglücks. Hm. … Da war nämlich irgendwie 'ne Schwangerschaft entstanden in einer Beziehung, die dann zu Bruch gegangen ist. Und dann hat man *nachträglich* rationalisiert: So *wollten* wir das auch.

Ich wollte nur sagen: Punkt eins. Also die Fälle waren keine echten Fälle.«

Hmhm.

Authentizität ist eine komplizierte Sache, die zu beurteilen sich der objektive Hermeneut aber programmgemäß ganz objektiv gewachsen fühlt. Dabei aber blendet er die Perspektive systematisch aus, dass verändernde soziale Praxen innerhalb der bestehenden Gesellschaft gerade in der Erfahrung des Leidens und in der Auseinandersetzung damit sich erst entwickeln und Formen annehmen. Die Darstellung einer »Wahl der Ideologie« der Frauen als »nachträgliche Rationalisierung eines Beziehungsunglücks« demaskiert in diesem Falle lediglich die Preisgabe jeglicher Erkenntnis über die Zusammenhänge von Herrschaft und der Selbstbesinnung des denkenden Subjekts. Denn dort, wo »die reale Geschichte aus dem realen Leiden gewoben ist, das keineswegs proportional mit dem Anwachsen der Mittel zu seiner Abschaffung geringer wird, ist die Erfüllung der Perspektive auf den Begriff angewiesen.« (Horkheimer/Adorno 1969: 46). Denn erst der Begriff, der zunächst als Wissenschaft die Menschen von der Natur distanziert, lässt als Selbstbesinnung eben dieses Denkens, das in der Form

der Wissenschaft an die gesellschaftlichen Verhältnisse gefesselt bleibt, »die das Unrecht verewigende Distanz« (ebd.) ermessen, die in der realen Geschichte des Leidens unter entfremdeten Verhältnissen gründet. »Durch solches Eingedenken der Natur im Subjekt, in dessen Vollzug die verkannte Wahrheit aller Kultur beschlossen liegt, ist Aufklärung der Herrschaft überhaupt entgegengesetzt und der Ruf, der Aufklärung Einhalt zu tun, ertönte auch zu Vaninis Zeiten weniger aus Angst vor der exakten Wissenschaft als aus Haß gegen den zuchtlosen Gedanken, der aus dem Banne der Natur heraustritt, indem er als deren eigenes Erzittern vor ihr selbst sich bekennt.« (ebd.: 47)

Abgesehen davon, dass über den besonderen konkreten Fall ohne genauere Kenntnis dessen nichts Konkretes gesagt werden kann: der »Haß auf den zuchtlosen Gedanken« ist in Oevermanns Verständnis seiner selbst als ultraobjektivem Wissenschaftler zutiefst zu eigen. Argumentative Einwände der Studierenden aus dem Auditorium wehrt er als »Werturteile« ab, die sich falsch verstanden gegen seine objektive Grundlagenwissenschaft richteten.

»Ja. Aber schauen Sie. Ja. Aber das sind alles *pfarrerartige* Fragen über- [Zwischenruf einer empörten Studentin, Beschwichtigung durch bemühten Studenten]. Aber wir müssen doch erstmal, verstehen Sie, wir müssen doch erstmal überhaupt zu anständigen theoretischen Modellen kommen, ja, über das, *was* für einen Prozess konstitutiv ist. Und ich mache hier nichts anderes, als dass ich erstmal *Grundlagen* versuche zu legen, wie solche Modelle konstruiert werden können. Und dann erst macht es Sinn zu fragen, ok: ist das eigentlich eine richtige Theorie, trifft sie etwas, oder, und können wir sie falsifizieren.

Aber die Diskussion, die wir hier führen, ist im Grunde genommen nicht um eine adäquate Theoriebildung, sondern es ist eine Diskussion, die letzten Endes gestiftet wird über Wertpositionen. Und die dadurch gestiftet wird auf *irgendeine* Weise *immer* sozusagen skeptisch sind und ideologiekritisch angestiftet werden, die Familie für eine bürgerliche Institution zu halten [empörter Zwischenruf] – doch, doch, doch! Das ist letzten Endes immer dahinter. Und sozusagen als solche in Frage zu stellen, ja. Es ist *schick* bei Soziologen, sich davon zu befreien, ja. Und es gilt als gewissermaßen, ja, äh, *aufgeklärt*, wenn man diese Bindungen von sich, äh, diese Bindungen aufgelöst hat.«

Oevermann macht also objektive Grundlagenwissenschaft, während die Studierenden ihre »pfarrerartigen« Einwände und Werturteile doch bitte zurückhalten sollen. In Frage gestellt werden dürfen die objektiven *Grundlagen* des großen Meisters bitte nicht, bis sie sie noch nicht in ihrer heiligen Gänze durchdrungen und brav introjiziert haben.

Dadurch wird die eigene – natürlich objektive und nur aus der Sache begründete! – Position autoritär durchgedrückt und von Anfang an gegen Kritik immunisiert. Der objektive Superhermeneut lässt sich doch nicht in Frage stellen oder stellt gar seine objektive grundlagenwissenschaftliche Position zur Diskussion – nein, nein: weit gefehlt!

Denn Oevermann weiß einfach alles:

... welche Probleme lesbische Mütter haben:

»In einem anderen Fall, in jetzt, wo es, nicht, um wo da – zwei lesbische Fälle – musste es gerecht zugehen, ist ja die Frage, wer darf *Mutter* sein und wer ist dann *Vater*.

Und da sollte es sehr demokratisch zugehen und dann haben die gesagt, na ja, wir machen das wechselweise, erst du, dann ich, oder umgekehrt, erst ich, dann du, je nachdem wer ich und du ist, geht's, wird schon schwierig. [...] Und das führt nun dazu, dass was für das eine Kind die Mutter ist, ist für das andere Kinder der Vater und vice versa. Und die Kinder wissen *überhaupt nicht mehr*, was los ist, ne. Wie sollen die 'ne Struktur kriegen? ... Es ist eine einzige Katastrophe.«

... wer dann letzten Endes »die Mutter« ist:

»Natürlich. Die Mutter ist diejenige, bei der Sie im Bauch waren, ganz einfach!«

... warum die Mütter überhaupt lesbisch geworden sind und dass homosexuelle Identität »unterschiedlich *motiviert*« sein kann und als Pathologie zu verstehen ist:

»Also z. B. eine dieser lesbischen Frauen bei dem Paar, ja, war ein Adoptivkind, weil die Mutter bei der Geburt schizophren geworden ist in ein, äh, und in eine geschlossene Anstalt kam und das Kind wurde in ein Heim gebracht [rotzt].

Dummerweise ist dieses Kind dann auch noch adoptiert worden von Eltern, die keine Kinder hatten, in einem Alter, in dem sie sowieso keine Kinder mehr kriegen konnte, die Frau war fuffzig, und der Mann war sechzig. Nich, so dass das Kind, das adoptiert wurde von diesen Eltern jetzt nicht wusste, sind das jetzt meine Eltern oder meine Großeltern.

Also ... es war in zweifacher Hinsicht beraubt. Kein Wunder, dass die Frau dann lesbisch wird, ne. In dem Fall. Wa-, war motiviert. Ja, Sie schütteln jetzt mit dem Kopf. Ja verstehen Sie, Sie müssen nicht unter der Hand eine normative Unterstellung machen, also ob ich die Theorie hätte, dass alle lesbische Frauen einen solchen Hintergrund haben, ja. Das können Sie im Umkehrschluss nicht machen. Ich beziehe mich auf diesen einen Fall. Und da ist sozusagen die lesbische Identität eine Reaktion auf diese Traumatisierung in der Kindheit gewesen. Ja. Es geht, so, es geht beides. Also, die Traumatisierung auch anders reagieren können, aber die Traumatisierung hätte immer vorgelegen.

Ja. Man kann das so und so bearbeiten. Und umgekehrt kann das, dass man lesbisch ist, oder homosexuell, kann es sehr, sehr unterschiedliche Motivationen haben. Ja.«

... was das Problem bei Adoptiv-Kindern sei:

»Na schauen Sie, es gibt in der Psychoanalyse ein interessantes Theorem, und das ist das des Familienromans. Und da stellt man fest, dass in de-, in der Zeit von zweitem bis viertem Lebensjahr und ein paar Wochen später, dass alle Kinder die Phantasie entwickeln, es gäbe, die wahren Eltern seien andere. Also die Teilung zwischen die bi-, also der empirischen Eltern, über die sie sich hier und da ärgern, und die Konstruktion, die Idealisierung von Eltern, die sozusagen, die *wirklichen* guten Eltern, die, äh, die sind woanders. Und das ist *generell*. Und dieser Familienroman bekommt natürlich in Fällen von Adoption jede Menge Nahrung.

Sie müssen doch erklären, wieso Kinder, *sobald* sie einen Anhaltspunkt dafür haben, dass sie Adoptivkinder sind, *unbedingt* ihre leiblichen Eltern kennen lernen müssen. *Unbedingt!* Ne. Worauf führen Sie das zurück?«

Gesellschaftliche Normierungen, Konstruktionen oder Haltungen, unbewusste oder bewusste Sehnsüchte, Wünsche und Idealvorstellungen primärer Bezugspersonen kommen ja anscheinend schon mal nicht in Frage. Und selbst

»wenn Sie jetzt gemeint haben, dass ... sozusagen die Triadenkonstellation als solche, auch in Fällen von Homosexualität oder auch Nicht-Leiblichkeit, ja, eingeebnet werden kann, dann gebe ich Ihnen Recht. Im Prinzip. Aber es ist sehr schwer. Und es ist *immer defizitär*, ja.«

Es scheint, als ob sich der objektive Hermeneut hier wohlig in objektiver Hirnscheiße suhlt, wenn er ausführt, wie der imaginäre Feind der nichtfamilialen Sozialisation zu identifizieren sei. Dabei verbleibt er immer in denselben Argumentationsschleifen, wobei er sich selber begeistert immer weiter in den rosig glühenden Wissenschaftshimmel schraubt. Das konservative patriarchal-ödipale Familienbild wird zum angestrebten Idyll, da es den Kindern beste Entwicklungschancen ohne große Probleme verspricht, während die Familienkritik unverantwortlich sei, die

»Soziologen sich in ihrer Machbarkeitsphilosophie in einer Pseudokritik so machen. Weil die *Bindung*, das ist das entscheidende, die *Bindung*, die das Ergebnis einer Schwangerschaft ist, wie wollen Sie die substituieren?«

»Die paranoische Überkonsequenz, die schlechte Unendlichkeit des immergleichen Urteils, ist ein Mangel an Konsequenz des Denkens; anstatt das Scheitern des absoluten Anspruchs gedanklich zu vollziehen und dadurch sein Urteil weiter zu bestimmen, verbeißt der Paranoiker sich in dem Anspruch, der es scheitern ließ. Anstatt weiter zu gehen, indem es in die Sache eindringt, tritt das ganze Denken in den hoffnungslosen Dienst des partikularen Urteils« (Horkheimer/Adorno 1969: 204). Reaktionäre Ressentiments, biologistische Argumentationen und Ticketdenken vermengen sich zu einem klassischen Vorurteils-Cocktail, der Feminismus als Ideologie ablehnt, die Argumente der Studierenden als Werturteile abwehrt und die eigene Position als objektive Wissenschaft autoritär durchsetzt. Sich an traditionelle Kategorien klammernd, geht die homophobe Vorurteilsbildung gegen neue, oder auch einfach nur »andere« Formen der Sozialisation, die nicht ins präferierte eigene Konzept passen, in diesem Fall auch noch mit einem starren Autoritarismus einher, der die Vorurteilsbildung in der Abwehr der Einwände als »Werturteile« wiederum als richtig bestätigt.

Die Deformation versatzstückartiger kritisch-sozialisationstheoretischer Positionen vervollständigt dabei das Gruselkabinett, dass es der Leserin kalt den Rücken runter läuft. So ist es doch schaurig, wie »Menschen dort verdummen, wo ihr Interesse anfängt, und dann ihr Ressentiment gegen das kehren, was sie nicht verstehen wollen, weil sie es allzu gut verstehen könnten, so ist noch die planetarische Dummheit, welche die gegenwärtige Welt daran verhindert, den Aberwitz ihrer eigenen Einrichtung zu sehen, das Produkt des unsublimierten, unaufgehobenen Interesses des Herrschenden. Kurzfristig und doch unaufhaltsam verhärtet es sich zum anonymen Schema des geschichtlichen Ablaufs. Dem entspricht die Dummheit und Verstocktheit des Einzelnen; Unfähigkeit, die Macht von Vorurteil und Betrieb bewußt zu vereinen.« (Adorno 1951: 225f.).

Die Eindimensionalität der Oevermann'schen Argumentation im nervtötenden Einklang mit unbeirrter Selbstgerechtigkeit erinnert in ihrer Unbeweglichkeit an Bulldozer oder eben an jenen aufstrebenden jungen Wissenschaftler, der sich vor nicht allzu langer Zeit beim BND ereiferte, anhand der objektiv-hermeneutischen Analyse von RAF-Texten deren Verfasser_innen auf die Spur zu kommen. Das Denken des Herrn Professor Oevermann scheint seither in ähnlichen Bahnen zu verlaufen.

Auch wiederum kein Wunder eigentlich, so doch die spekulative Neigung des Geistes, bis ins Absolute zu gehen, mit einer Art sexueller Neugierde einhergeht. Erinnert sei bloß daran, »daß zwischen dem Drang zur Erkenntnis überhaupt und der im Grunde auf Sexuelles gerichteten Neugier ein tiefer Zusammenhang besteht [...] wenn diese Neugier da, wo sie zuerst sich regt, durch autoritäre Mächte abgeschnit-

ten wird [...], dann [treten] eben auch Schädigungen des Erkenntnisvermögens ein [...]; nämlich das Phänomen der neurotischen Dummheit« (Adorno 1995: 112).

Wessen Geistes Kind Herr Oevermann nun sei ...? Entscheide die Leser_in ...!

kraspedote

***.notes**

#1 Alle nachfolgenden nicht anders gekennzeichneten Zitate stammen aus der Seminarveranstaltung Einführung in die Sozialisationstheorie I von U. Oevermann am 10. 11. 2006 und entstammen dem wörtlichen Transkript der Veranstaltung

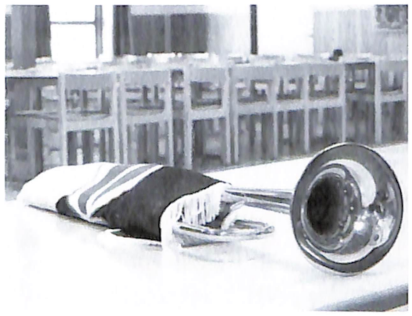
***.literatur**

Adorno, Theodor W. (1951): Minima Moralia. Reflexion aus dem beschädigten Leben. FfM

Adorno, Theodor W. (1995): Kants Kritik der reinen Vernunft. Nachgelassene Schriften. Abt. IV, Vorlesungen, Bd. 4, Hrsg. v. Theodor-W.-Adorno-Archiv. FfM

Horkheimer, Max / Adorno, Theodor W. (1969): Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente. FfM

Antifaschistisches Blatt
info
Nr.74 | Winter 2006/2007



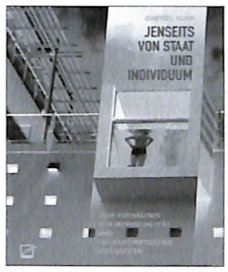
Lager, Lieder, Lebensbund - Jugendarbeit im Geiste der HJ

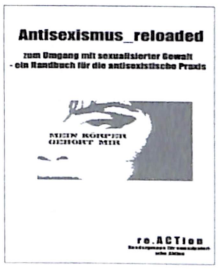
Kostenloses Probeexemplar:
Antifaschistisches Infoblatt
Gneisenaustr. 2a | 10961 Berlin
e-mail: aib@nadir.org
web: www.antifainfoblatt.de

Einzelexemplar 3,10 Euro
Abo 15,50 Euro (fünf Ausgaben)

Gabriel Kuhn
Jenseits von Staat und Individuum
Individualität und autonome Politik

164 Seiten, 14 EUR [D]
ISBN 978-3-89771-457-1





re.ACTion
Antisexismus_reloaded
Zum Umgang mit sexualisierter Gewalt - ein Handbuch für die antisexistische Praxis

ca. 80 Seiten, 5 EUR [D]
ISBN 978-3-89771-301-7

Ulrich Enderwitz
Herrschaft, Wert, Markt.
Zur Genese des kommerziellen Systems

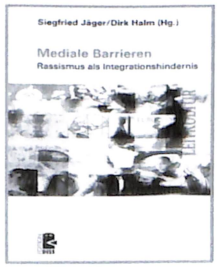
280 Seiten, 20 EUR [D]
ISBN 3-89771-454-X

Werner Portmann, Siegbert Wolf
„Ja, ich kämpfte"
Von Revolutionsträumen, 'Luftmenschen' und Kindern des Schtetls
Biographien radikaler Jüdinnen und Juden

316 Seiten, 19 EUR [D]
ISBN 3-89771-452-3

Siegfried Jäger / Dirk Halm (Hg.)
Mediale Barrierenr
Rassismus als Integrationshindernis
Edition DISS

264 Seiten, 24 EUR [D]
ISBN 978-3-89771-742-8



Margarete Jäger, Jürgen Link (Hg.)
Macht – Religion – Politik
Analysen zur Verschränkung von Religion und Politik
Edition DISS

304 Seiten, 24 EUR [D]
ISBN 3-89771-740-9

UNRAST Verlag

Besuchen Sie uns: www.unrast-verlag.de

Kommunistische Debatten um Sozialismus, Totalitarismus und „wirkliche Bewegung" **... Geschichten** von Maoismus bis westlichem Marxismus **... Kämpfe** in Accra, Guadalajara, São Paulo, Seattle und überhaupt

Preis: 4,50 € + Porto (per Rechnung)

Bestellungen an: vertrieb@akweb.de
ak, Rombergstr. 10 · 20255 Hamburg
Tel.: 040-40170174 · Fax: 40170175
www.akweb.de

Soziale Bewegungen in Afrika

sul serio-Sonderausgabe
Mai 2007

Themen u.a.:

- Protestbewegungen in Nigeria, Burkina Faso, Tschad, Südafrika ...
- Berichte & Hintergründe vom WSF 2007
- Afrika-Soli-Bewegung in Deutschland

www.sul-serio.net

WIDERSPRUCH
Beiträge zu sozialistischer Politik
51

Migration, Integration und Menschenrechte

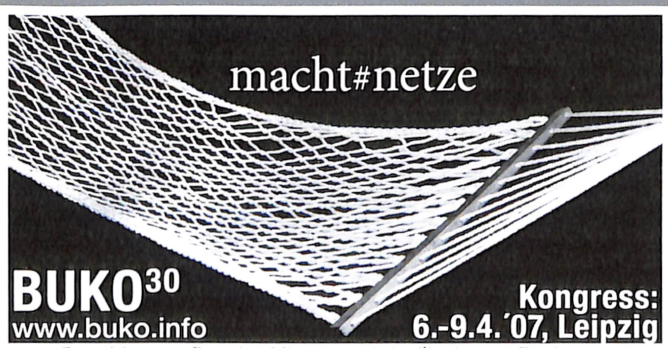
Migrantinnen, Ausländerrecht und Zwangsmassnahmen; Sans-Papiers, Menschenhandel; Solidarische Asyl- und Migrationspolitik; Integration, Partizipation und Gleichberechtigung; Kulturalisierung; Gewerkschaften und Migration; Second@s in der Schweiz

M. Spescha, S. Pittà, Y. Riaño / N. Baghdadi, B. Schwager, A. Lanz, H. Busch / B. Glättli, S. Jegher, G. D'Amato / R. Fibbi, S. Prodolliet, M. Terkessidis, A. Sancar, A. Gamboa / T. Leite, V. Alleva, A. Juhasz

Globalisierung und Arbeitsmigration

Ch. Butterwegge: Weltmarktdynamik und Migration
Ch. Marischka / T. Pfluger: EU-Grenzregime
S. Brodal: Sklavenarbeit in der Landwirtschaft
M.R. Krätke: Globalisierung und Nationalstaat

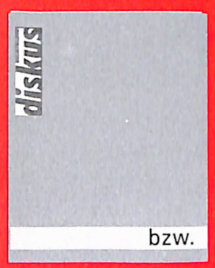
232 Seiten, € 16.– (Abonnement € 27.–)
zu beziehen im Buchhandel oder bei
WIDERSPRUCH, Postfach, CH - 8031 Zürich
Tel./Fax 0041 44 273 03 02
vertrieb@widerspruch.ch www.widerspruch.ch



Organisierung # Energie # Migration # Anitmilitarismus # Feminsmus

abo ? backissues ?

Alte Ausgaben gibts für die Portokosten, das Abo mit 4 Ausgaben für 5 Euro in Briefmarken oder Scheinen bei: diskus · Mertonstraße 26 – 28 · 60325 Frankfurt / Main · *Rabatte auf Anfrage*



impressum

diskus · Frankfurter Student_innen Zeitschrift
Heft Nr. 2.06 · Dezember 2006 · 55. Jahrgang

Anschrift: Mertonstr. 26 – 28 · 60 325 Frankfurt

Tel: (069) 79 82 8 9 12 · Mittwochs 19 – 22 Uhr

Fax: (069) 70 20 39

E-mail: diskus @ copyriot.com

Webarchiv: www.copyriot.com / diskus

Herausgeber_innen: Katrin Amelang · Dietmar Flucke · Kim Hannah Hörbe · Bernadett Settele · Stefan Trenkel

Redaktion: Mario Como · Sabine Flick · Reinhard Föhrenbach · Daniel Keil · Darja Klingenberg · Julia König · Alexandra Ommert · Malaika Rödel · Oliver Schupp · Bernadett Settele · Rhoxane Trenkle · Esther Uhlig (V. i. S. d. P.) · Greta Wagner

Layout: Oliver Schupp, Bernadett Settele

Bilder: cover:, s. 5ff:, s. 39ff: Hannah Fitsch
s. 20ff:, s. 27ff:, s. 34ff:, s. 47ff: Flo Maak
s. 11ff: Oliver Schupp

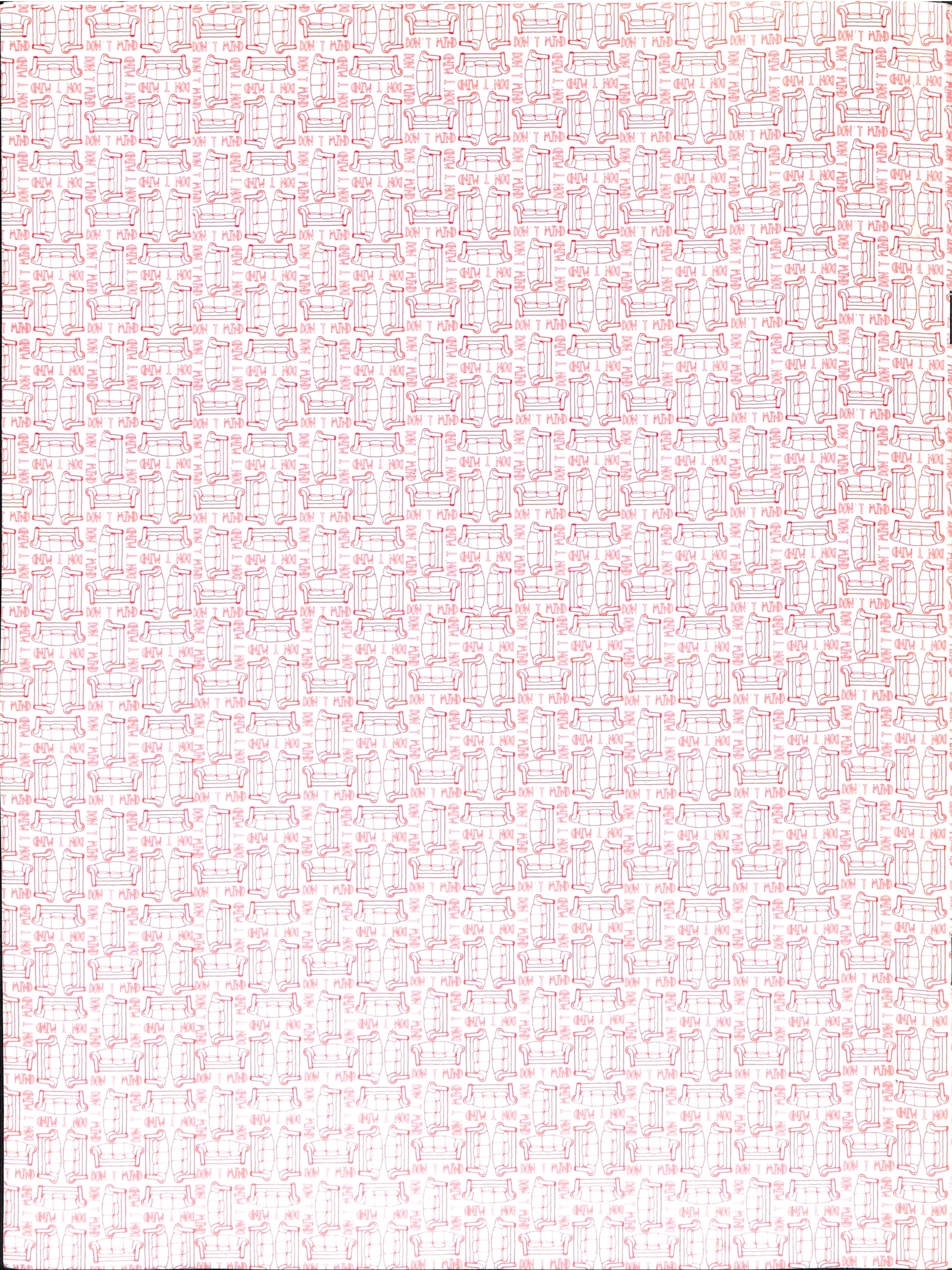
Belichtung & Druck: Imprenta Obertshausen

Auflage: Achttausend

Erscheinungsweise: Vierteljährlich

Preis: Bis Offenbach gratis – auswärts 2,5 Euro

Namentlich unterzeichnete Beiträge liegen in Verantwortung der Autor_innen.


DON'T MIND